infosantésuisse : Dossier

SwissDRG

santésuisse
Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

Sommaire

SwissDRG

1 Brochure d'information SwissDRG SA
9 Articles d'*infosantésuisse* 8_2009
21 Articles d'*infosantésuisse* 2_2011
33 Etude de Newtone Associates : SwissDRG: *Diagnostic à 500 jours du choc*
57 Divers articles d'*infosantésuisse* de 2005 à 2010
67 *Mise au Point* 1/2007
70 Interview de Luc Schenker

Les forfaits par cas dans les hôpitaux suisses

Informations de base pour les professionnels de la santé

swiss DRG

Qu'est-ce que SwissDRG?

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Dans le système des forfaits par cas SwissDRG, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et le degré de sévérité. **L'introduction de SwissDRG dans toute la Suisse aura lieu au 1er janvier 2012.**

Large appui

SwissDRG SA est responsable de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de l'entretien du système suisse des forfaits par cas. Elle met en œuvre le mandat légal adopté par le Parlement en décembre 2007. La société anonyme d'utilité publique a été fondée le 18 janvier 2008. Elle est une institution commune des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons. Ce large appui tient compte des différentes exigences et besoins auxquels doit satisfaire le nouveau système de rémunération. SwissDRG SA et ses organisations partenaires s'engagent pour que le système des forfaits par cas soit introduit avec succès en Suisse et qu'il profite à toutes les parties.

«Dans le système SwissDRG, tous les éléments-clés du traitement de nos patients seront saisis de manière exhaustive. Une bonne implémentation de ces données dans la structure tarifaire devrait permettre d'objectiver le travail des prestataires à sa juste valeur.»

Pierre-François Cuénoud
FMH, membre du Comité central

Objectifs

Pourquoi introduit-on des forfaits par cas?

En offrant transparence et comparabilité, le nouveau système tarifaire SwissDRG assure l'efficacité. Jusqu'à présent, la rémunération des traitements hospitaliers en Suisse est réglée de manière hétérogène. Suivant le canton, une même prestation est rémunérée différemment par les assureurs-maladie. Les cantons sont légalement tenus de couvrir le déficit, ce qui ne crée pas les bonnes incitations pour les hôpitaux et entrave la concurrence. Ainsi les impôts servent à couvrir les déficits des hôpitaux. L'actuelle rémunération selon des forfaits journaliers peut non seulement induire des inefficacités, mais également conduire à une rémunération insuffisante de cas complexes, et inversement, à une rémunération trop élevée de cas simples.

Quels sont les avantages du nouveau système?

Le nouveau système tarifaire SwissDRG permet de tirer profit des réserves de productivités existantes dans le domaine de la santé. Dans un contexte de limitation croissante des ressources dévolues aux tâches publiques et d'augmentation des coûts dus au vieillissement de la population, il est nécessaire de traiter les patients le plus efficacement possible tout en garantissant une qualité élevée. Par la suite, les ressources économisées peuvent par exemple être utilisés pour des traitements particulièrement complexes.

Améliorations grâce aux forfaits par cas SwissDRG

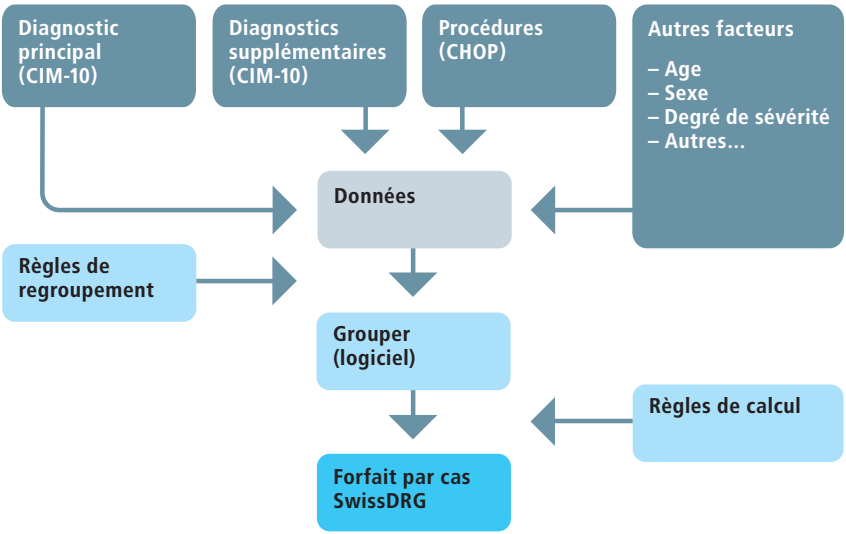
- Les forfaits par cas rendent les coûts des prestations médicales dans les hôpitaux comparables et transparents.
- Une rémunération en adéquation avec les prestations est rendue possible.
- Les forfaits par cas apportent leur contribution à un système de santé économiquement supportable en Suisse.
- Les forfaits par cas permettent aux hôpitaux de tirer profit des potentiels d'économie existants et d'optimiser les processus.
- Les forfaits par cas encouragent une orientation selon les processus à l'intérieur de l'hôpital et entre les différents fournisseurs de prestations. Ils renforcent ainsi la collaboration entre les différentes disciplines médicales et institutions.
- Les forfaits par cas simplifient la planification hospitalière supracantonale.
- Les forfaits par cas permettent au personnel médical spécialisé d'accomplir son travail de manière uniforme et efficace.
- A long terme, les patientes et patients profitent d'un processus de traitement optimisé et d'une qualité accrue grâce à la concurrence entre les fournisseurs de prestations.

«Notre expérience de longue date avec les forfaits par cas montre que ce mode de rémunération basé sur les prestations pour des soins médicaux de haute qualité conduit à plus de transparence et de comparabilité.»

Felix Weber
Membre de la direction de la Suva

Comment fonctionne le système SwissDRG?

Le critère principal pour la classification d'un patient dans un groupe de pathologie est le diagnostic principal. Les autres caractéristiques de classification sont les diagnostics supplémentaires, les procédures, l'âge, le type de sortie de l'hôpital, le degré de sévérité, chez les nouveau-nés le poids à la naissance et d'autres facteurs. La classification d'une hospitalisation dans un DRG est effectuée par un logiciel de regroupement (grouper). Le montant de chaque forfait par cas SwissDRG est calculé sur la base des coûts effectifs des hôpitaux suisses.



CIM-10: Classification internationale des maladies, 10e révision.
Elle est utilisée pour la classification des diagnostics dans les soins médicaux.

CHOP: Classification suisse des interventions chirurgicales.
Elle est utilisée pour la classification des interventions chirurgicales et des traitements.

Le manuel de définition détermine la manière dont le grouper effectue la classification par DRG. Ce manuel et le catalogue complet des forfaits par cas peuvent être consultés sur **www.swissdrg.org**

Le système SwissDRG poursuit son développement en tenant compte des progrès médico-techniques et des connaissances des professionnels de la santé. Cela garantit la prise en compte de l'évolution de la réalité de l'approvisionnement médical dans le système des forfaits par cas.

Mesures d'accompagnement pour promouvoir la qualité

Le bien-être des patientes et patients est au premier plan des préoccupations lors de l'introduction des forfaits par cas SwissDRG. Comme jusqu'ici, seuls les professionnels de la santé décident de la nécessité des interventions médicales. Dès lors, l'autonomie de la médecine n'est pas remise en question. Les forfaits par cas sont déjà utilisés depuis plusieurs années avec succès pour la rémunération des prestations hospitalières dans dix cantons. Des mesures d'accompagnement indépendantes et la participation des professionnels de la santé permettent par ailleurs d'optimiser continuellement le système.

En l'absence de réglementation, chaque système tarifaire, basé ou non sur des forfaits par cas, induit des incitations économiques qui peuvent entraver la qualité de traitement. SwissDRG SA a élaboré en collaboration avec ses partenaires des réglementations concrètes pour contrer de telles incitations. Il s'agit notamment des points suivants:

1. Durée du séjour hospitalier

Pour contrer l'incitation économique de renvoyer un patient trop tôt de l'hôpital, les hôpitaux font l'objet d'une réduction de leur forfait par cas si le patient reste moins longtemps à l'hôpital que le temps normalement prévu pour la pathologie en question. En outre, les hôpitaux ne reçoivent pas de forfait par cas supplémentaire si un patient doit être hospitalisé à nouveau en l'espace d'un certain délai pour la même maladie ou suite à des complications. Certaines pathologies pour lesquelles une réadmission régulière est médicalement justifiée sont exceptées de cette réglementation.

2. La qualité du traitement médical

Diverses études consacrées aux DRGs ont montré que l'économicité ne se fait pas au détriment des patients. En Suisse, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ) ainsi que l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse ont développé des critères de mesure. Elles publieront régulièrement des rapports relatifs à l'évolution de la qualité de traitement dans les hôpitaux suisses.

3. Formation et perfectionnement du personnel médical et soignant

Les partenaires dans le domaine de la santé élaborent actuellement des solutions pour que les hôpitaux qui s'engagent financièrement dans la formation et le perfectionnement ne soient pas discriminés par rapport à ceux qui ne forment pas de personnel.

4. Interaction entre traitement hospitalier et ambulatoire

Les expériences à l'étranger montrent qu'à la suite de l'introduction des forfaits par cas, le nombre de traitements ambulatoires a augmenté et que les patients sont plus vite transférés de l'hôpital vers des centres de réadaptation et de soins. Cette évolution est souhaitée et généralement judicieuse sur le plan médical. Les forfaits par cas favorisent la collaboration entre les différents fournisseurs de prestations et réduisent les doublons dans le traitement. L'évolution future des coûts et du volume des prestations dans les hôpitaux est surveillée conformément au mandat légal.

Contact

Pour de plus amples renseignements sur les forfaits par cas suisses:

www.swissdrg.org
SwissDRG SA
Haslerstrasse 21
CH-3008 Berne
Tél. +41 31 310 05 50
Fax +41 31 310 05 57
E-mail mail@swissdrg.org

Les organismes responsables de la SwissDRG SA sont:

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
www.gdk-cds.ch

H+ Les Hôpitaux de Suisse
www.hplus.ch

santésuisse Les assureurs-maladie suisses
www.santesuisse.ch

Fédération des médecins suisses (FMH)
www.fmh.ch

Assureurs selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire

«Les DRGs sont introduits depuis 5 ans sans problèmes en Suisse romande. Ils sont un instrument utile du financement hospitalier pour autant que les spécificités régionales, les conditions de travail et les mandats différenciés des hôpitaux soient pris en compte de manière adéquate.»

Pierre-Yves Maillard
Conseiller d'Etat, Département de la santé et de l'action sociale, Canton de Vaud

L'introduction des forfaits par cas est imminente – comment fonctionne le système ?

A partir de 2012, le mode de financement des hôpitaux de Suisse sera tout différent. Le foisonnement de systèmes de tarifs et de rémunération des hôpitaux sera remplacé par une rémunération uniforme sur le plan national : les forfaits par cas liés au diagnostic (DRG). La plupart des acteurs du système de santé attendent de ce système un gain d'efficience, une meilleure comparabilité des coûts et une prise en compte accrue de la qualité et de l'économicité. Mais comment fonctionne-t-il exactement ? Voici une brève incursion, simple et compréhensible, dans le monde des DRG.

Pour faire simple, la facturation selon le système DRG signifie que sur la base de règles claires, chaque patient sera attribué à un groupe de cas dès 2012. Pour procéder à cette répartition, le diagnostic principal et les diagnostics secondaires sont déterminants – tout comme les procédures nécessaires au traitement. Autrement dit, l'élimination des calculs biliaires, par exemple, ne sera pas toujours attribuée au même groupe de cas selon qu'une intervention chirurgicale est nécessaire ou non. On s'assure ainsi qu'un groupe de cas est homogène et ne comprend pas trop de traitements différents.

Quelles chances offre le système DRG ?

Le groupe d'attribution du patient détermine le montant de la facture d'hôpital. En d'autres termes, pour une opération de l'appendicite sans complication, par exemple, un hôpital reçoit un montant fixe – indépendamment de la durée d'hospitalisation du patient. Afin de tenir compte des cas extrêmes, des suppléments ou des déductions sont prévus pour les patients dont la durée d'hospitalisation est extrêmement courte ou longue. Le nouveau système tarifaire génère des attentes : pour la première fois en 2012, nous aurons en Suisse un système de facturation uniforme pour tous les hôpitaux, entraînant une plus grande transparence des coûts et une meilleure comparabilité des prestations hospitalières – tant en termes de qualité que d'économicité. Les hôpitaux seront incités à fournir leurs prestations le plus efficacement possible. Si un hôpital garde un patient plus longtemps que nécessaire, il en supporte les coûts sans pouvoir établir une facture plus élevée. Inversement, l'hôpital n'a aucun avantage à faire sortir trop tôt les patients, en effet s'ils doivent être réadmis en raison d'une sortie prématurée, l'hôpital n'est pas rémunéré pour les traitements consécutifs à la réadmission. Les partenaires du domaine de la santé attendent aussi du système DRG des améliorations au niveau de la qualité. Un hôpital ne pourra offrir certains traitements que s'il traite un nombre suffisant de cas de ce genre. S'il ne fait que quelques opérations de bypass gastrique par année, le forfait alloué ne couvrira peut-être pas ses coûts d'un montant trop élevé par manque de spécialisation. A moyen terme, le paysage hospitalier se redessinera – du moins l'espère-t-on – avec une offre de soins de base étoffée et de qualité élevée et une offre de soins hautement spécialisés relevant de la médecine de pointe et concentrée sur quelques centres.

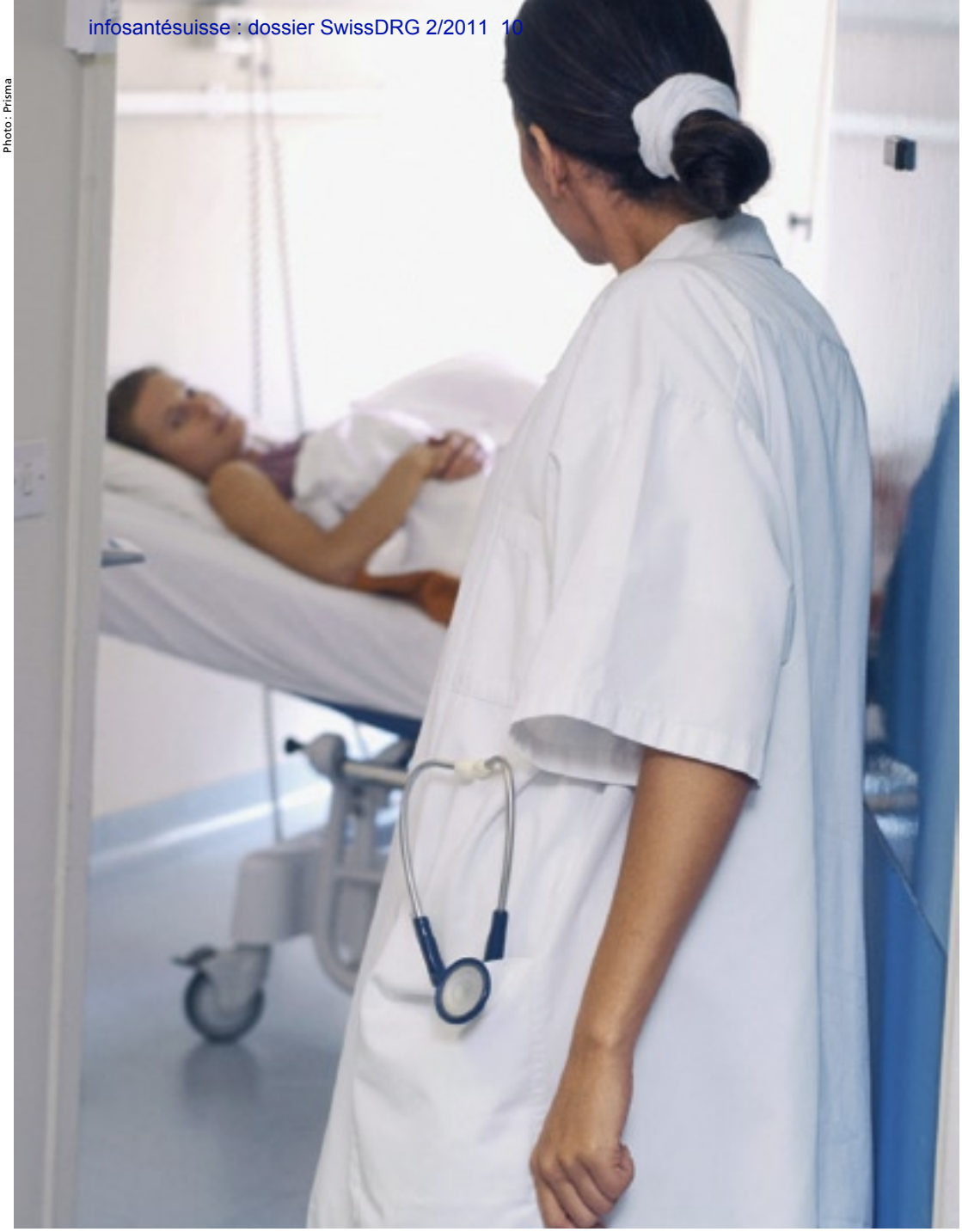
A quels risques faut-il faire attention ?

L'introduction du système DRG comporte aussi des risques. A partir de 2012, les investissements liés aux infrastructures sont inclus dans le tarif de l'assurance de base. En contrepartie, les cantons prennent en charge une part un peu plus élevée que jusqu'ici des factures des hôpitaux. On ne sait pas encore quels seront les effets de cette nouvelle réglementation sur les primes d'assurance-maladie. En dépit des mécanismes décrits ci-dessus, la sortie prématurée des patients reste un risque réel. Certains craignent qu'en sortant trop tôt de l'hôpital, les patients séjournent d'autant plus longtemps dans une institution de réadaptation ou dans les établissements médico-sociaux. D'autres mettent en garde contre les hôpitaux faisant de «l'écrémage», tentés de sélectionner les groupes de patients «lucratifs» au détriment des patients «non lucratifs», ce qui mettrait en danger l'offre de soins de base. Enfin, les hôpitaux redoutent surtout que la transmission des données sur les diagnostics et traitements aux assureurs-maladie conduise à des problèmes de protection des données. Il faut prendre ces craintes au sérieux mais elles ne doivent pas conduire à une remise en cause ou à une introduction retardée du système DRG. Assureurs, hôpitaux et cantons cherchent des solutions à ces problèmes et enregistrent déjà quelques progrès. D'ici à 2012, date d'introduction du système DRG, ils devront avoir clarifié ces questions (pour en savoir plus, veuillez lire les pages 6, 7 et 10).

Comment s'effectue le classement par catégorie de forfaits par cas ?

La facturation au moyen des forfaits par cas suppose un classement correct, appelé codage, des diagnostics et traitements dans les groupes de cas. Pour autant qu'ils ne l'aient pas déjà fait, les hôpitaux devront engager des professionnels spécialement formés à cet effet. Ces codeurs viennent des professions médicales et apportent donc un savoir spécifique indéniable. A l'aide de systèmes de saisie des patients, ils reportent dans un logiciel de codage les informations extraites des rapports d'entrée, d'opération et de sortie. La tâche des codeurs est d'analyser les rapports et de déterminer selon des directives sévères le diagnostic principal et les éventuels diagnostics secondaires. Ces derniers sont importants, car les patients hospitalisés souffrent souvent de plusieurs pathologies, qui peuvent avoir des répercussions sur le traitement. Le système de classification internationale des diagnostics et maladies (CIM-10) sert de base au classement

Photo: Prisma



Les forfaits SwissDRG offrent la chance d'avoir une médecine stationnaire de meilleure qualité et plus économique.

des diagnostics par catégorie. La version actuelle de cet arsenal réglementaire comprend trois volumes épais – ce qui donne une idée de la finesse de différenciation des forfaits par cas. Après avoir étudié les rapports pour déterminer les diagnostics, les codeurs en extraient les traitements. Ils introduisent les diagnostics principaux, les diagnostics secondaires et les traitements dans le programme de codage, appelé *«grouper»* (regroupement des cas par groupe de pathologie). Celui-ci calcule le forfait par cas correct qui permet à l'hôpital d'établir sa facture.

Comment fonctionne le contrôle ?

Dans ce processus, comment faut-il faire pour éviter autant que possible toute erreur ? Les partenaires tarifaires ont prévu un instrument à cet effet, la révision du codage. Des experts indépendants vérifieront par sondage le dossier médical des patients, les rapports et codages des hôpitaux. Le contrôle de la facture par les assureurs-maladie constitue un autre élément de vérification. Dans ce but, les partenaires tarifaires négocient actuellement quelles données les assureurs doivent recevoir des hôpitaux. Une chose est sûre : la révision du codage et le contrôle des factures sont deux éléments indispensables faisant partie intégrante du système DRG. Le codage détermine directement le montant de la facture : les hôpitaux seront donc tentés d'attribuer aux patients un forfait par cas plus coûteux. Comme tous les autres risques inhérents aux forfaits par cas, cette incitation négative doit être prévenue par des mesures d'accompagnement garantissant la concrétisation des grands espoirs placés dans le système.

PETER KRAFT

L'introduction des forfaits par cas liés au diagnostic est en cours – Il reste beaucoup à faire

Le document de travail « Convention relative à l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG » est soumis à l'approbation du Conseil fédéral. Cantons, hôpitaux et assureurs s'efforcent de respecter le calendrier d'introduction prévu. Mais les partenaires tarifaires ont encore du pain sur la planche. Il reste à clarifier des points importants touchant à la communication des données ou à l'indemnisation des investissements. D'ici la fin 2011, dernier délai, ces points devront être précisés.

Après de longs débats, le Parlement suisse a adopté en 2007 le nouveau régime de financement hospitalier. L'élément essentiel de la réforme repose sur la rémunération des hôpitaux au moyen de forfaits par cas liés aux prestations et ce, à partir de 2012. Il s'agit d'un véritable changement de paradigme : jusqu'ici le financement hospitalier était avant tout lié aux établissements (aux murs de l'institution) et « brillait » par son caractère chaotique. Un grand nombre de modèles tarifaires, applicables au niveau cantonal ou même à une certaine région du canton, empêchait toute comparaison d'un hôpital à l'autre. Les conditions pour renouveler le régime de financement hospitalier étaient donc réunies : il fallait d'une part, pouvoir comparer la qualité et les coûts au niveau national et, d'autre part, changer d'optique en passant d'un financement lié aux structures et capacités à une rémunération des traitements hospitaliers liée aux prestations. Le nouvel article 49 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) tient compte de ces deux postulats : il stipule que les forfaits par cas sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Il est vrai que la loi ne dit pas expressément qu'un système de forfaits DRG est en l'occurrence nécessaire. Mais tous les partenaires s'accordent à dire que ceux-ci sont le mieux à même d'atteindre ces objectifs.

Forfaits par cas : on en discute depuis des années

En Suisse, l'évolution vers les forfaits par cas est bien antérieure au début de la révision du financement hospitalier. Certains cantons disposent déjà depuis quelques années d'un système tarifaire comparable basé sur les APDRG. Ce dernier connaît toutefois quelques limites, notamment au niveau de son potentiel de développement. Dès 2004 déjà, les partenaires tarifaires se sont mis à l'ouvrage pour élaborer un système mieux ajusté aux besoins de la Suisse. Dans le cadre du projet SwissDRG, il a été décidé fin 2005 de prendre pour modèle le système G-DRG, utilisé en Allemagne depuis 2003. Dans l'intervalle, les assureurs-maladie, les hôpitaux et les cantons ont fondé la SwissDRG SA. Sa tâche est de développer la structure tarifaire SwissDRG, de l'adapter et de la gérer. Il convient de souligner que cette nouvelle association ne se préoccupe pas de déterminer la valeur de base par cas*. Les négociations de prix auront lieu, à l'avenir aussi, entre les hôpitaux et les assureurs.

L'introduction des forfaits par cas SwissDRG se heurte à quelques écueils. Assureurs et hôpitaux s'affrontent depuis un certain temps pour savoir si les codes des diagnostics et traitements doivent figurer sur les factures hospitalières. Les hôpitaux invoquent la protection des données, alors que les assureurs affirment que ces données leur sont indispensables pour remplir leur mandat légal de contrôle des factures. Un jugement du Tribunal administratif fédéral de mai dernier a mis un point final à cette querelle : la transmission systématique des codes de diagnostic et de traitements aux assureurs-maladie est en principe licite. Il s'agit maintenant de régler les détails d'application. Un élément n'est pas contesté : les patients doivent être rendus attentifs à leur droit d'exiger que leurs données médicales ne soient transmises qu'au médecin-conseil.

Encore quelques points à clarifier

Dans le but de respecter le calendrier ambitieux d'introduction des forfaits par cas SwissDRG, les partenaires tarifaires ont, en juin dernier, soumis à l'approbation du Conseil fédéral une version de travail de la structure tarifaire SwissDRG. L'adaptation du modèle allemand G-DRG aux spécificités suisses a nécessité de nombreux travaux, tels que des modifications de la classification internationale des diagnostics et maladies (CIM-10) et des interventions chirurgicales (CHOP) ainsi que l'établissement d'une procédure de demandes de modification ou d'adjonction de nouvelles positions.

Les relevés annuels des données relatives aux coûts et aux prestations des hôpitaux ont une importance primordiale. Ces données sont indispensables pour le calcul correct de l'indice de coûts relatifs. Pour le moment, trente-neuf établissements font partie de ce que l'on appelle les hôpitaux de réseau, tous ne sont en effet pas encore en mesure de collecter valablement ces données. La LAMal prévoit cependant que tous les hôpitaux doivent transmettre leurs données à la SwissDRG SA.

Les documents joints à la convention relative à la structure tarifaire SwissDRG contiennent aussi d'autres conventions importantes, comme des dispositions détaillées concernant les mesures d'accompagnement pour l'introduction des forfaits par cas (voir page 10) ou le règlement pour la réalisation de la révision du codage. Mais les annexes renvoient à certains points qui ne sont pour l'instant pas en-

core clarifiés. Sous «Instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et des prestations» *(monitoring),* le commentaire précise que la neutralité des coûts, au sens strict du terme, ne peut, de fait, être atteinte. La mise en œuvre de ces instruments doit en particulier permettre de distinguer entre ce qui résulte de l'introduction du modèle tarifaire en tant que tel – lequel doit être neutre au niveau des coûts – et ce qui découle implicitement du changement de mode de financement, à savoir par exemple la nouvelle réglementation des parts de financement entre cantons et assureurs et d'autres transferts de coûts occasionnés par la révision de la loi. Lors des négociations contractuelles, cet état de fait donnera encore du fil à retordre aux partenaires tarifaires.

Pas de transparence sans tarifs hospitaliers corrects

La convention relative à la structure tarifaire précise: «Les partenaires contractuels considèrent l'élaboration d'un «jeu intégral de données SwissDRG» comme condition préliminaire essentielle à l'introduction de SwissDRG». Ce jeu de données comprend tous les cas SwissDRG d'une année. Afin de ne pas permettre l'identification des patients, les données doivent être anonymisées. Elles contiennent cependant toutes les indications facilitant le calcul de l'indice case mix au niveau de l'hôpital, un élément absolument indispensable pour le calcul des tarifs hospitaliers. Les données collectées doivent être actuelles, ce qui implique que le jeu des données sera disponible en avril de l'année suivante. Tout cela paraît simple mais la mise en œuvre pourrait se révéler plus ardue. Il faut en effet tout d'abord harmoniser les systèmes de collectes existants, parfois très disparates d'un canton à l'autre. Ensuite, le temps presse, les instruments de recensement des données doivent être prêts pour l'introduction de SwissDRG en 2012. Le résultat dépendra pour beaucoup d'un élément, à savoir si les hôpitaux sont prêts à favoriser la transparence demandée.

L'ossature est construite. Mais il reste encore beaucoup à faire jusqu'à ce que le bâtiment SwissDRG soit habitable début 2012.

Point crucial: les investissements

Les investissements constituent un autre point important à clarifier. Le nouveau régime de financement hospitalier prévoit que les investissements en matière d'infrastructures des hôpitaux soient inclus dans les tarifs de l'assurance de base, ce qui soulève quelques questions. Premièrement, les pouvoirs publics ayant financé en grande partie les hôpitaux, le calcul des investissements effectués pourrait s'avérer difficile: comment chiffrer les investissements, alors qu'ils reposent pour une bonne part sur des estimations non concordantes? Deuxièmement, il est courant que les établissements hospitaliers soient propriété des pouvoirs publics; les investissements futurs seront donc au moins en partie déterminés par le canton. Aussi les assurances-maladie devront-elles verser les «contributions aux coûts d'investissements» aux pouvoirs publics. Troisièmement, en cas d'assainissement des structures, les hôpitaux appelés à fermer pourraient durant un certain temps utiliser ces contributions aux coûts d'investissements à d'autres fins, pour couvrir les déficits. Il en va de même pour les hôpitaux présentant des comparaisons de coûts défavorables et qui génèrent des déficits. Quatrièmement, à partir de 2012, les assureurs-maladie devront contribuer aux coûts d'investissement. Il se peut qu'en l'occurrence le canton ait déjà payé l'intégralité des investissements. Le risque est qu'après avoir été financés une première fois par les impôts, les investissements soient une deuxième fois remboursés par le biais des primes d'assurance-maladie. Il faudra de gros efforts de la part des deux parties pour clarifier ces questions d'ici 2012.

Enfin, les «mesures d'accompagnement» – telles que les instruments d'assurance qualité ou l'évaluation scientifique de l'introduction de SwissDRG – méritent aussi d'être clarifiées. Pour en savoir plus, lisez l'article en page 10 du présent numéro.

PETER KRAFT/BEAT KNUCHEL

* Pour en savoir plus sur les termes techniques concernant les forfaits par cas DRG, vous trouvez un glossaire à la page 11.

Epuiser le potentiel d'économies, éviter les surprises grâce à une bonne préparation

Le paysage du domaine des soins stationnaires somatiques aigus va changer avec l'introduction du modèle SwissDRG (rémunération au moyen de forfaits par cas liés aux prestations). Toutefois, les conséquences de ce changement de modèle resteront limitées : dans la moitié des cantons, les hôpitaux établissent déjà leurs factures au moyen de forfaits par cas et dans de nombreux autres cantons, les systèmes tarifaires présentent des caractéristiques similaires. En tant qu'assureur-maladie, il s'agit néanmoins de se préparer de manière ciblée au changement afin de ne pas être submergé par un déluge de données ou surpris par la modification des incitations inhérentes au nouveau système.

Le groupe Sympany accordera une importance particulière à la protection des données. Les divers acteurs du domaine de la santé ont parfois à ce sujet des conceptions très curieuses. Ils mettent, en effet, en question la livraison des données aux assureurs : il est pourtant impératif que les assureurs aient accès à certaines informations pour pouvoir remplir leur mandat légal de contrôle de l'économicité, de l'efficacité et de l'adéquation des prestations. Il est d'autant plus important que les assureurs-maladie veillent à ce que la transmission et le traitement des données soient clairement réglementés afin de parer à toute critique et à toute contestation politique. L'assureur porte une responsabilité encore plus lourde que jusqu'ici, les informations médicales étant plus détaillées. L'équipe de Sympany en charge de la protection des données suit de près les travaux visant à protéger la confidentialité des données dans le cadre des forfaits SwissDRG.

Exigences accrues pour le personnel et la technologie de l'information

Le récent arrêt du Tribunal administratif fédéral stipule que la livraison systématique des données des fournisseurs de prestations aux assureurs est licite ; il garantira que ceux-ci reçoivent les informations nécessaires, ce dont nous nous félicitons. Au niveau informatique, Sympany revoit actuellement l'ensemble des applications clés pour intégrer directement dans les spécifications les changements concernant le nouveau système de rémunération. La réception des données ainsi que l'aide au traitement des factures ont en l'occurrence une importance particulière.
Les collaborateurs chargés d'établir les décomptes devront faire face à de nouvelles exigences. Alors qu'aujourd'hui des données relativement simples à vérifier (début et fin du traitement à l'hôpital, tarifs) déterminent le montant de la facture, les coûts d'un traitement hospitalier dans le domaine somatique aigu résulteront désormais d'un grand nombre d'informations (diagnostics et traitements). Le prix n'est plus le produit d'une simple multiplication du nombre de jours par le forfait journalier ou par le forfait cas service. Le contrôle du codage requiert plus de connaissances médicales. Il s'agit ici d'adapter à temps la formation interne et d'engager plus de personnel disposant d'un savoir-faire médical.

La gestion des cas nécessite une nouvelle orientation

Les changements au niveau de la gestion des cas sont non seulement d'ordre technique mais surtout stratégique. Jusqu'à présent, les fournisseurs de prestations étaient incités à prolonger la durée des séjours, ce facteur déterminant aussi le montant de la facture. Dans la nouvelle optique, il s'agira désormais d'empêcher les sorties prématurées, d'accorder encore plus d'importance à la qualité du traitement. Les réhospitalisations doivent être doublement évitées : pour les patients et pour leurs répercussions sur les coûts.
En dépit des tâches auxquelles les assureurs devront faire face, Sympany considère comme une grande chance l'introduction d'un système de rémunération lié aux prestations pour les soins stationnaires du domaine somatique aigu. La pression économique s'accentuera et conduira à un assainissement de l'offre. Il faut des mesures d'accompagnement afin d'éviter que les économies potentielles ne soient compensées – voire surcompensées – par d'autres effets négatifs et que le changement de système ne se transforme en désastre financier. Les traitements précédant et suivant une hospitalisation doivent être regroupés sur le plan tarifaire. Il s'agit d'éviter la génération indésirable des cas. Le domaine des assurances complémentaires a besoin de modèles intelligents, misant sur la rémunération liée aux prestations et prévoyant l'indemnisation de prestations variées.

FELIX BADER, LIC. SC. POL., DIRECTEUR DE LA GESTION DE L'OFFRE EN SOINS GÉRÉS (« *MANAGED CARE* ») POUR LA CLIENTÈLE PRIVÉE DE SYMPANY

Photo : Prisma

Les forfaits SwissDRG lancent aux assureurs-maladie de grands défis, en particulier dans le domaine des technologies de l'information.

Les hôpitaux schwyzois sont bien préparés à l'introduction des forfaits SwissDRG

Le canton de Schwyz connaît depuis le 1er janvier 2004 une nouvelle forme de rémunération basée sur les forfaits par cas liés au diagnostic (DRG). Les trois hôpitaux indépendants d'Einsiedeln, de Lachen et de Schwyz sont indemnisés par les assureurs et les pouvoirs publics, pour toutes les catégories de patients stationnaires, selon le système APDRG (*All Patient Diagnosis Related Groups*). Les travaux préparatoires ont été très laborieux. La mise en œuvre du système DRG s'est faite sans heurt. Le passage des APDRG aux SwissDRG ne pose pas de problème.

Concernant les soins de base, il existe des conventions sur les prestations entre le canton de Schwyz et les hôpitaux. Elles comprennent une clause portant sur les écarts de volume des prestations fournies et un prix standard fixe. Le financement s'effectue prospectivement par trimestre en se basant sur le nombre de cas prévus multiplié par le prix standard multiplié par le CMI *(casemix index)* et les coûts indépendants des cas*. Les investissements sont pris en compte en majorant d'un certain pourcentage chaque forfait par cas.

Travaux préparatoires des hôpitaux

Les hôpitaux ont évalué les multiples répercussions du passage au système DRG en gérant en parallèle sur deux ans l'ancien et le nouveau système. Sur la base des données recueillies, ils ont ensuite négocié le «forfait moyen» d'introduction avec le canton et les assureurs. Les hôpitaux ont partiellement remanié leurs processus (déroulement des opérations), renouvelé les règles de collaboration interne, amélioré la saisie des prestations, installé le logiciel de codage et le «*grouper*» et rendu les systèmes administratifs compatibles. Ils ont changé ou adapté leur mode de saisie des prestations, leur comptabilité et leur facturation. L'hôpital de Schwyz est le seul hôpital en Suisse à avoir développé un système d'honoraire des médecins lié aux DRG; il a adapté sa structure de gestion au dispositif DRG en établissant un système de gestion dual (au niveau du médecin et des soins) et introduit des projets de construction conformes aux processus. Les assureurs, le canton et les hôpitaux ont créé une commission paritaire de confiance, instauré un contrôle du codage et fixé des règles de codage communes complétant les règles standard. Les trois hôpitaux procèdent à un échange mutuel de leurs données.

Conditions cadres

En plus des équipements techniques, la mise en place efficace du système DRG nécessite aussi des conditions cadres. En fait notamment partie la coordination avec les médecins traitants, les spécialistes, les institutions de soins post-aigus (établissements médico-sociaux et cliniques de réadaptation) ainsi qu'avec les hôpitaux. L'orientation processus est également nécessaire (processus de gestion, processus clés et processus de soutien). Dans le cadre du système DRG, la qualité des rapports (complets) d'opération et de sortie est déterminante pour le codage et le financement des prestations. La durée d'hospitalisation abrégée – conséquence «logique» du système – suppose de planifier la sortie déjà au moment de l'annonce ou de l'entrée du patient à l'hôpital. L'orientation processus exige aussi d'éviter les prestations inutiles et de mesurer la qualité des résultats. Une gestion financière rigoureuse ainsi qu'une facturation pertinente sont indispensables pour la viabilité du système DRG.

Coûteux, mais sans problème

Le passage au système DRG a été coûteux mais s'est effectué sans problème dans les trois hôpitaux. Les cadres opérationnels et les responsables de la gestion stratégique se sont très vite adaptés au système DRG. Les durées de séjour indicatives prévues par le système DRG demandent que l'on s'y habitue mais ne posent pas de problème du point de vue médical. Les organismes entrant en jeu après l'hospitalisation (réadaptation, homes pour personnes âgées et établissements médico-sociaux) ne connaissent pas l'obligation d'admission: il faut donc vérifier périodiquement si les interfaces peuvent être optimisées. *Dans la pratique, nous n'avons pas constaté de prise en charge insuffisante des cas complexes ou de sorties précoces ou franchement prématurées (médecins conscients de la qualité).* Le renforcement de la collaboration avec les institutions situées en amont et en aval de l'hôpital est recommandé. La qualité du codage a été affinée et améliorée au fil des années. Les lacunes techniques et les possibles inexactitudes des coûts relatifs suivant le degré de gravité des cas de maladie («*cost-weight*») sont jusqu'à maintenant pratiquement négligeables. L'utilisation d'outils informatiques adéquats est essentielle afin que les processus de codage et de décompte s'effectuent de manière optimale. Il faut aussi accorder une attention particulière à une bonne communication avec les médecins afin d'apaiser les éventuelles craintes pouvant surgir, surtout au début de la mise en œuvre du système DRG.

L'hôpital est gagnant

Grâce au système DRG, les hôpitaux du canton de Schwyz exploitent non seulement au maximum leur potentiel d'efficience en procédant à l'analyse des processus à l'hôpital et en intégrant médecine, soins, thérapies et économie mais ils améliorent aussi leur qualité. Ils offrent à la population de proximité une très bonne prise en charge, assurent par leurs efforts leur survie dans un environnement où la concurrence devient toujours plus rude – et maintiennent ainsi à long terme des emplois.

THOMAS AESCHMANN, DIRECTEUR DE L'HÔPITAL DE SCHWYZ
PATRICK EIHOLZER, CEO DE L'HÔPITAL LACHEN AG
DR MEINRAD LIENERT, DIRECTEUR DE L'HÔPITAL RÉGIONAL D'EINSIEDELN

*Coûts d'enseignement et de recherche, prestations d'utilité publique

Un système tarifaire différencié pour prévenir les « effets secondaires » négatifs

Chaque système tarifaire a ses propres caractéristiques et effets incitatifs. Ainsi, les forfaits journaliers ont tendance à conduire à des séjours hospitaliers plus longs que ce qui est médicalement indiqué. Les forfaits par cas peuvent en revanche inciter à faire sortir prématurément les patients de l'hôpital. Diverses mesures sont mises en place pour éviter les dérives.

Des jalons ont en l'occurrence déjà été posés avec le choix du système des forfaits. Avec la structure tarifaire différenciée par degré de gravité, les interventions comparables auprès de patients souffrant de plusieurs pathologies secondaires sont remboursées à un tarif plus élevé que celles pratiquées sur des patients moins atteints. Un hôpital ne tire donc aucun profit à priver un patient des traitements nécessaires.

Photo : Prisma

Un système tarifaire différencié et des mesures d'accompagnement adéquates préviennent les incitations négatives et autres « accidents » de parcours des forfaits par cas.

Mécanismes efficaces contre les sorties prématurées

Les règles de facturation, sorte de « mode d'emploi » de la structure tarifaire, constituent un composant important. Elles stipulent par exemple qu'en cas de réadmission du patient à la suite de complications, l'hôpital ne peut pas prétendre à une rémunération supplémentaire. L'incitation à renvoyer un patient à la maison avant que cela ne soit médicalement indiqué est ainsi pratiquement éliminée. En outre, un hôpital ne peut guère prendre le risque d'être épinglé par la presse pour des sorties prématurées et la mauvaise qualité des traitements. Même si, comme avec les systèmes tarifaires actuels, on ne peut exclure une sortie prématurée, les forfaits par cas SwissDRG n'augmentent en principe pas le risque. L'expérience d'autres pays utilisant les DRG ou des nombreux hôpitaux suisses employant les APDRG confirme cette assertion. En d'autres termes, le risque sans cesse évoqué de « sortie prématurée » n'est empiriquement pas corroboré. Il convient toutefois de souligner que la décision de sortie de l'hôpital doit se prendre selon des critères médicaux – c'est là une condition prescrite par la loi.

Le système de forfaits par cas peut aussi conduire à la génération indésirable de cas, en vertu du principe « augmentation des cas, augmentation des recettes ». Différents mécanismes du système de forfaits par cas SwissDRG ont cependant été prévus pour éviter de tels comportements. Si certaines conditions sont remplies, plusieurs séjours hospitaliers pourraient être regroupés en un seul cas donnant lieu à rémunération ou, autre hypothèse, l'hôpital pourrait être pénalisé par des réductions d'indemnisation.

Amélioration du système d'indemnisation, contrôle des factures et garantie de la qualité

Les mesures d'accompagnement ne se limitent cependant pas à garantir un traitement médical approprié. En développant régulièrement le système des forfaits par cas, on s'assure que les nouvelles connaissances soient intégrées le plus rapidement possible et correctement indemnisées. Les contrôles de qualité de la facturation veillent à ce que les factures ne soient pas exagérées et ce, dans le double intérêt d'une facturation correcte des prestations par les hôpitaux et, incidemment, des payeurs de primes et d'impôts. Le contrôle est effectué par les assureurs-maladie – qui vérifient les factures au cas par cas – au moyen d'analyses statistiques, qui permettent de vérifier pour chaque hôpital la qualité du codage médical selon un schéma uniforme garantissant la comparabilité des résultats. Ces révisions du codage ont été dès à présent été convenues entre les partenaires tarifaires et les cantons.

Enfin, il convient de souligner les mesures prises conjointement par les partenaires pour mesurer la qualité des prestations. L'Association nationale pour l'assurance-qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) élabore les conditions cadres nécessaires et les indicateurs de qualité en collaborant avec H+, les cantons et les assureurs-maladie et accidents.

BEAT KNUCHEL

Glossaire SwissDRG

Rémunération liée aux prestations :
Cette forme de rémunération indemnise les fournisseurs de prestations pour un traitement, considéré comme un tout. Autrement dit, ils ne sont pas rémunérés pour chaque acte thérapeutique (comme dans le TARMED) ou pour la durée d'un traitement (forfaits journaliers dans les hôpitaux), mais ils reçoivent un certain montant pour une opération de l'appendicite ou pour l'ablation de la vésicule biliaire. Les tarifs ne se calculent pas en fonction des coûts de l'hôpital mais d'une exécution efficiente des traitements.

Forfaits par cas :
Ce sont les rémunérations que les fournisseurs de prestations reçoivent pour un traitement. Le forfait se calcule conformément au prix d'une exécution efficiente du traitement. Une opération à cœur ouvert justifie par exemple un forfait par cas considérablement plus élevé qu'une opération de l'appendicite.

DRG :
Diagnosis Related Groups (groupes de diagnostics différenciés). Dans ce système de classification, les patients sont répartis par groupes de cas (DRGs) en fonction des diagnostics et traitements effectués (procédures). Chaque groupe de cas est évalué selon les dépenses économiques qu'il nécessite. Il en résulte un forfait par cas remboursé par les assureurs-maladie.

SwissDRG :
Système de forfaits par cas (DRG) adapté aux spécificités de la Suisse. Il se base sur le système allemand (German DRG), appliqué en Allemagne depuis 2003.

Indice de coûts relatifs (*cost-weight*) :
Chaque groupe de cas reçoit, en fonction des dépenses et de la complexité des traitements, un indice de coûts relatifs. Les traitements simples ont un indice de coûts relatifs bas (par exemple 0,8) et les traitements plus complexes un indice plus élevé (par exemple 1,3). La moyenne de tous les indices de coûts relatifs se monte à 1,0. L'indice de coûts relatifs est comparable au nombre de points tarifaires d'un traitement selon le TARMED.

Valeur de base par cas :
La valeur de base par cas désigne les coûts moyens d'un traitement dans un système DRG. On obtient le prix d'un traitement en multipliant l'indice de coûts relatifs par la valeur de base par cas. Cette dernière est comparable à la valeur du point tarifaire dans le TARMED.

Indice de la complexité des cas (*Case Mix Index*, CMI) :
Il s'obtient en additionnant tous les *cost-weights* produits par l'hôpital durant un certain laps de temps puis en divisant cette somme par le nombre de cas traités. Plus cet indice est élevé, plus lourds sont en moyenne les cas traités par l'hôpital.

***Case Mix Office* (CMO) :**
Groupe d'experts de SwissDRG SA dont les tâches principales consistent à calculer les indices de coûts relatifs et les valeurs de base par cas, ainsi qu'à adapter, maintenir et développer le système de rémunération des séjours hospitaliers en fonction du diagnostic. Des représentants des cantons, des assureurs, des hôpitaux et de la FMH siègent dans le *Case Mix Office*.

Codage/ Contrôle du codage :
Le codage est effectué par des experts spécialement formés à cet effet, attribuant chaque cas au bon groupe de cas (DRG). Les codeurs consultent les rapports médicaux pour en extraire les diagnostics et traitements et déterminent selon des règles strictes l'attribution d'un traitement à un groupe de cas. Dans le cadre de la révision du codage, des experts indépendants contrôlent par sondage si la pathologie a été transférée dans le bon DRG. Il ne faut pas confondre la révision du codage avec le contrôle des factures effectué par les assureurs-maladie.

Regroupement des cas par groupe de pathologie (*Grouper*) :
Les «*groupers*» sont des programmes d'ordinateur qui permettent aux codeurs de classer les patients dans le bon groupe de cas.

Valeurs de référence (*benchmark*) :
La comparaison (*benchmark*) s'effectue sur la base de critères clairement définis. En règle générale, elle permet de voir où se situe une entreprise par rapport à la moyenne ou aux meilleures d'entre elles quant à la fourniture de certaines prestations. Les partenaires du système tarifaire DRG espèrent obtenir des comparaisons valables quant aux coûts, à l'efficience et à la qualité.

CIM-10 :
La CIM-10 est un système de classification internationale des diagnostics et maladies (CIM). Il sert de base aux diagnostics de SwissDRG.

***Minimum Data Set* :**
Ce terme désigne le jeu des données, y compris les diagnostics et traitements, dont les assureurs-maladie doivent disposer afin de pouvoir contrôler les factures d'hôpitaux. Un arrêt du Tribunal administratif fédéral stipule que la livraison systématique de telles données aux caisses est licite – mais en respectant strictement la protection des données.

Principe de l'intégralité des coûts :
Ce principe signifie qu'avec les forfaits DRG, les hôpitaux doivent couvrir l'ensemble des coûts – et donc aussi leurs investissements.

***Bloody exit* :**
On entend par là une sortie prématurée de l'hôpital, c'est-à-dire avant que l'état de santé du patient ne l'autorise.

Nécessité oblige : il faut coopérer

Les travaux préparatoires pour introduire les forfaits SwissDRG ont notamment donné lieu à discussion sur le volume des données que l'hôpital doit livrer à l'assureur-maladie lors de la facturation. Un arrêt du Tribunal administratif fédéral a maintenant clarifié la question.

Chacun a déjà vécu une situation de ce genre : après avoir fait ses emplettes chez le détaillant ou dans un brico-loisirs, l'acheteur a tout à coup le sentiment que quelque chose cloche dans le montant de la facture. Un simple coup d'œil sur la quittance suffit à le tranquilliser – ou au contraire à constater la présence d'une erreur. Mais ce contrôle n'est possible que si tous les articles sont énumérés de manière claire et détaillée sur la facture. Il en va pratiquement de même pour la facture d'hôpital établie au moyen de forfaits SwissDRG : les diagnostics posés et les traitements effectués déterminant le montant de la facture, ces données sont indispensables pour pouvoir la contrôler.

Situation claire

La comparaison est peut-être caricaturale mais elle nous permet d'entrer dans le vif du sujet. Dans la vie quotidienne, personne n'accepte une facture sur laquelle ne figure que le montant à payer, sans précision mentionnant s'il s'agit d'un achat, d'une réparation de voiture ou de l'acquisition d'une maison. Pour les factures d'hôpitaux, les choses se compliquent : les données sur les affections d'un patient sont particulièrement sensibles et dignes de protection. Aussi les exigences sont-elles élevées quant au traitement correct et sûr de telles informations. Les lois sur l'assurance-maladie et sur la protection des données définissent ces exigences. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que dans un récent arrêt*, le Tribunal administratif fédéral confirme le caractère licite de la transmission systématique aux assureurs-maladie des diagnostics et traitements. Il appartient maintenant aux hôpitaux et aux assureurs de régler les détails de cette transmission et de veiller à son bon déroulement. Mais que fait l'assurance-maladie de ces données?

Premier tri, puis examen détaillé

Avec un système tarifaire aussi complexe que les forfaits SwissDRG, il y aura toujours des factures peu claires, voire même erronées. Pour certaines d'entre elles, les erreurs peuvent sans autre conduire à des écarts de plusieurs milliers de francs – et donc à des surcharges de coûts injustifiés que l'assurance de base sociale n'a pas à rembourser. Mais comment faire la distinction entre les factures correctement établies, pouvant être payées sans problème, et les autres?
Dans l'idéal, le processus de contrôle des factures se déroule de la manière suivante :

- Clarification de l'obligation de rembourser par chaque assureur-maladie : «Le patient est-il vraiment assuré chez moi?» ou «Suis-je en fait l'assureur responsable du paiement de ces coûts?» Telles sont les questions qu'il faut d'abord se poser.
- Reconstitution formelle de la facture : les données concordent-elles avec le montant de la facture?
- Examen détaillé : les règles de facturation ont-elles été correctement appliquées? S'agit-il peut-être d'une complication en rapport avec un séjour hospitalier précédent? Les traitements effectués sont-ils compatibles avec les diagnostics posés?
- Grâce à ce genre de questions, un logiciel peut détecter les cas problématiques. Celui-ci ne contient pas seulement l'arsenal complexe des forfaits SwissDRG mais il est susceptible d'être amélioré en fonction des expériences réalisées.
- Si un traitement ne soulève pas de questions particulières lors de cette procédure de contrôle, les assureurs remboursent la facture. Les données relatives au diagnostic sont ensuite «pseudonymisées» (remplacement d'un nom par un pseudonyme) et ne sont accessibles pour l'ad-

Photo : Keystone

La facturation au moyen des forfaits SwissDRG constitue un grand défi au niveau administratif. Hôpitaux et assureurs-maladie doivent le relever ensemble.

ministration de l'assureur-maladie qu'en passant par le médecin-conseil.

- Si un cas reste bloqué lors de ce tri et qu'une analyse par le personnel qualifié ne parvient pas à élucider le problème, l'assureur pose les questions nécessaires à l'hôpital et, le cas échéant, procède à des clarifications médicales approfondies.

Services médicaux des caisses-maladie (SMC) selon le modèle allemand : une solution apparente

Les services médicaux des caisses-maladie (SMC) se chargent, dans le système de santé allemand, de l'examen approfondi des données médicales dans le domaine des soins stationnaires somatiques aigus (contrôle des dossiers). Le législateur leur a confié cette tâche. Les SMC sont financés par tous les assureurs-maladie ; ces services sont organisés par Länder (par exemple SMC Baden- Württemberg) et prennent en charge les tâches (médicales) communes aux assureurs-maladie. Les SMC jouent donc un rôle important et leur poids est considérable. En Suisse, on s'imagine souvent qu'en reprenant à notre compte le modèle des SMC, la transmission des données aux assureurs deviendrait superflue. Mais ce n'est pas le cas. En Allemagne aussi, l'assureur-maladie effectue le tri des factures et reçoit même par voie électronique, sur la facture, les diagnostics et traitements lui permettant de remplir son mandat légal.

Le contrôle subséquent effectué ensuite par les SMC a conduit au fait que les hôpitaux se plaignent de tâches administratives disproportionnées. On peut rétorquer que le contrôle des factures – même si l'on tient compte des moyens engagés à cet effet – conduit globalement à une réduction significative des montants facturés par les hôpitaux, ce qui évite des surcoûts injustifiés pour les payeurs de primes et les contribuables. De plus, il faut noter que les contestations de factures entraînent aussi des dépenses administratives chez l'assureur : celui-ci n'a donc aucun intérêt à procéder à des contrôles irréfléchis. Dans le système suisse, les coûts de chaque demande de renseignements complémentaires incombent directement à l'assureur alors qu'ils sont répartis sur l'ensemble des assureurs affiliés aux SMC. En d'autres termes, moyennant un montant forfaitaire, les assureurs-maladie allemands peuvent recourir de manière illimitée aux prestations des SMC. En Suisse, en ce qui concerne le contrôle des factures, chaque assureur-maladie procède à une analyse individuelle du rapport coût/utilité de cette mesure. Cette solution minimise les dépenses pour toutes les parties intéressées. Dans ce sens, la taxe de contrôle introduite entre-temps en Allemagne n'est pas justifiée dans notre système.

Coopération au lieu de confrontation

En comparaison aux forfaits SwissDRG, les conditions de facturation et de contrôle sont presque idéalement simples dans les systèmes de forfaits par jour ou de sortie. Le nouveau système de décompte est beaucoup plus complexe : il nécessite, pour permettre aux assureurs d'assumer leur mandat légal, qu'ils aient des « armes égales ». Cela implique la transmission détaillée des données des factures, suscitant la crainte que les demandes de renseignements complémentaires des assureurs-maladie explosent. C'est exactement l'inverse qui se produit : ce ne sont pas les données disponibles qui sont prioritairement à l'origine des demandes d'informations complémentaires mais celles qui ne le sont pas. C'est pourquoi, s'il s'agit de circonscrire des deux côtés les dépenses administratives, une transmission limitée des données n'est pas utile. Les partenaires tarifaires doivent plutôt prendre conscience qu'aucun d'eux n'a avantage à développer une administration pléthorique. Nécessité oblige : aussi bien les hôpitaux que les assureurs-maladie sont appelés à relever ensemble les défis administratifs posés par le nouveau système de rémunération de forfaits par cas liés au diagnostic.

BEAT KNUCHEL

*Arrêté C-6570/2007 du 29 mai 2009

Entretien avec Willy Oggier, économiste de la santé

« En Allemagne, personne ne souhaite revenir à la situation en vigueur avant le système DRG »

Willy Oggier, économiste de la santé, est un fin connaisseur du système de santé allemand. Il a étudié de manière très approfondie le système DRG déjà en vigueur en Allemagne, qui a servi de modèle aux forfaits SwissDRG, pendant du système allemand, German-DRG. W. Oggier précise qu'en Allemagne aussi les forfaits par cas ont été fortement critiqués et qu'ils le sont encore. Pourtant, personne ne souhaite revenir à l'ancien système tarifaire.

Le système DRG suscite des critiques parfois vives en Allemagne – on parle même parfois d'une construction « monstrueuse ». Quel bilan tirez-vous après quelques années d'application du système DRG en Allemagne ?
Durant ces dernières années, j'ai organisé de nombreux séminaires à ce sujet en Allemagne et j'ai, à cette occasion, rencontré des représentants du corps médical, du personnel soignant, des hôpitaux, des caisses, de l'industrie et des milieux politiques. Certains avaient bien quelque chose à critiquer mais tous s'accordaient à dire qu'ils ne voudraient pas revenir à la situation antérieure. A bien des égards, cela ressemble à ce qui se passe maintenant en Suisse. J'ai parfois l'impression que les opposants au système DRG embellissent totalement la situation actuelle en Suisse. A l'époque, l'Allemagne a aussi connu ce genre de discussions.

« J'ai parfois l'impression que les opposants au système DRG embellissent totalement la situation actuelle en Suisse. »

Jusqu'à quel point peut-on transposer en Suisse ce que l'on a appris en Allemagne ?
L'architecture des systèmes de santé en Allemagne et en Suisse est différente. Cette remarque vaut aussi bien pour les assureurs-maladie que pour les fournisseurs de prestations. En Allemagne, il est par exemple plus intéressant pour les caisses d'investir dans les soins gérés. La compensation des risques prend en effet en compte le critère de morbidité, soit l'état de santé des assurés, et pas seulement l'âge, la région et le sexe comme en Suisse.

Il existe des études reprochant au système DRG allemand des effets négatifs sur le personnel soignant : des postes seraient supprimés et la charge pesant sur le reste des employés augmenterait à cause du « traitement des cas » plus rapide. Voyez-vous aussi ce risque pour la Suisse ?
On ne peut en principe pas comparer les soins infirmiers en Allemagne à ceux de la Suisse. En règle générale, le personnel soignant qualifié dispose en Suisse de compétences plus larges qu'en Allemagne. Cependant, nous pouvons partir de l'idée que dans le domaine des soins précisément, le système DRG pourrait aussi avoir renforcé la recherche des gains d'efficience. On le constate par exemple dans la construction de nouveaux hôpitaux. On ne construit pratiquement plus des stations de soins de vingt lits sur un étage. Les unités sont plus grandes et parfois même assemblées en forme de cubes sur le même étage. Cette disposition aide par exemple à faire des économies au niveau des gardes de nuit. La pression à améliorer les performances et à obtenir des gains d'efficience devrait aussi s'accroître en Suisse. Aussi longtemps que les efforts portent sur l'optimisation des processus, il n'y a rien à objecter. Nous finançons en définitive presque 60 % des coûts de notre système de santé par le biais de taxes obligatoires – les assurances sociales et les impôts.

Par rapport à l'Allemagne, la Suisse a l'avantage d'introduire un système déjà rôdé qu'elle peut copier, évitant ainsi les fautes commises par son voisin. Qu'en dites-vous ?
Pour l'instant tout au moins, cela ne semble pas se vérifier. Comme ce fut le cas en Allemagne, il n'y a jusqu'à maintenant pas d'évaluation scientifique. De même, on se heurte souvent en Suisse – comme à l'époque en Allemagne – à une opposition fondamentale de la part des médecins, même si les bases légales sont déjà en vigueur. Une chose est sûre : les forfaits par cas DRG seront introduits.

« Dans un système de forfaits journaliers, les caisses doivent pouvoir vérifier le nombre de jours, dans un système de rémunération basé sur les forfaits par cas liés au diagnostic, elles doivent disposer des diagnostics et traitements. »

En Suisse, les débats portant sur les données minimales nécessaires au contrôle des factures (*Minimum Data Set*) sont vifs. En l'occurrence, comment se présentent les choses en Allemagne ?

En Allemagne, les caisses reçoivent les diagnostics et les traitements et elles décident ensuite quels cas elles souhaitent que les services médicaux des caisses (SMC) vérifient. C'est parfaitement logique : dans un système de forfaits journaliers, les caisses doivent pouvoir vérifier le nombre de jours, dans un système de rémunération basé sur les forfaits par cas liés au diagnostic, elles doivent disposer des diagnostics et traitements. En leur déniant ce droit, les opposants ne veulent pas du système DRG ou méconnaissent le risque – avant tout dans la phase initiale – d'attribuer des codes trop élevés («*up-coding*»), donc de classer un patient dans un groupe de cas plus coûteux, ce que nous ne pouvons manifestement pas nous permettre vu la situation actuelle sur le front des primes et des réserves des caisses.

Photo : Keystone

Willy Oggier : «Le système DRG constitue une énorme chance d'améliorer la qualité.»

Certains médecins pensent que la liberté thérapeutique est mise en danger par le système DRG. Partagez-vous cette crainte ?

Il n'est pas ici question de la liberté d'action des fournisseurs de prestations mais de la meilleure prise en charge possible des patients. Les déclarations du professeur Dr Jörg F. Debatin, président de la direction de la clinique universitaire de Hambourg-Eppendorf, lors d'un séminaire que j'ai organisé en début d'année, ont fait grande impression. Selon lui, dans l'ancien système, la devise était : «Nous sommes un hôpital universitaire. Nous faisons tout et nous pouvons tout faire». Avec le système DRG, cette attitude a fondamentalement changé. La devise est aujourd'hui : «Nous ne faisons plus que ce que nous pouvons faire mieux que les autres. Et dans les domaines où nous ne sommes pas aussi bons, nous coopérons avec ceux qui font mieux que nous». Sous cet angle, les forfaits DRG constituent une énorme chance d'améliorer la qualité.

«Il n'est pas ici question de la liberté d'action des fournisseurs de prestations mais de la meilleure prise en charge possible des patients.»

Quelles mesures d'accompagnement jugez-vous nécessaires ou judicieuses pour l'introduction du système SwissDRG ?

Il est important de faire démarrer le système à la date prévue et de ne pas croire qu'il faut trouver un système parfait. Il est également important d'adapter et de renouveler le système de manière continue – avec pragmatisme, sur la base de statistiques et non pas de motifs politiques. La crédibilité du système y gagnera et d'autres questions viendront sur le tapis comme : pourquoi des hôpitaux offrant des spectres de prestations comparables ont-ils des coûts différents ? Pourquoi une intervention est-elle faite à l'hôpital plutôt qu'en ambulatoire ? S'agissant des prestations obligatoires, pourquoi l'assureur-maladie doit-il prendre en charge la totalité des coûts – moins la participation des assurés – dans le domaine ambulatoire et au maximum 45 % des coûts dans le domaine stationnaire des hôpitaux figurant sur la liste ? Pourquoi les milieux politiques veulent-ils, par le biais du gel des admissions, planifier aussi l'hospitalier ambulatoire alors que ce domaine devrait justement gagner en importance avec le système DRG et permettre de remplacer des prestations stationnaires par des prestations ambulatoires ? Voilà les discussions dont nous avons besoin et qu'il faudrait mener.

INTERVIEW : PETER KRAFT

Cantons, hôpitaux et assureurs : à chacun ses obligations

Le nouveau financement hospitalier ne se limite pas aux seuls forfaits par cas (DRG). Il implique aussi une nouvelle clé de répartition des coûts entre les assureurs et les cantons. Ces derniers ont eu jusqu'au 31 mars 2011 pour la déterminer. Quelle incidence aura-t-elle sur les primes ? Quels sont les autres changements qui nous attendent ? Stefan Kaufmann, directeur de santésuisse et vice-président de SwissDRG SA, répond.

Le nouveau régime de financement hospitalier n'est pas une invention tout droit sortie du néant. Aujourd'hui déjà, dans les domaines des assurances accidents, militaire et invalidité, les hôpitaux facturent leurs prestations stationnaires au moyen de forfaits par cas. Même dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), les hôpitaux de Suisse romande, du canton de Berne et la plupart des hôpitaux de Suisse centrale utilisent, depuis de nombreuses années, les forfaits par cas basés sur le système de groupes de diagnostic. L'Allemagne connaît aussi le système des forfaits par cas (DRG) depuis 2003 et rares sont ceux qui veulent retourner à l'ancien système. C'est ce qui ressort d'une enquête réalisée par l'Institut allemand des hôpitaux. Les travaux préparatoires à l'introduction des Swiss DRG (*Diagnosis Related Groups*) suivent leur cours conformément au planning. Il faut toutefois préciser que le système des SwissDRG ne couvrira pas dès le début l'ensemble des domaines (marginaux) et des cas spéciaux de traitements médicaux. Ce n'est d'ailleurs pas le but recherché par ce système appelé à évoluer.

Le rôle multiple des cantons

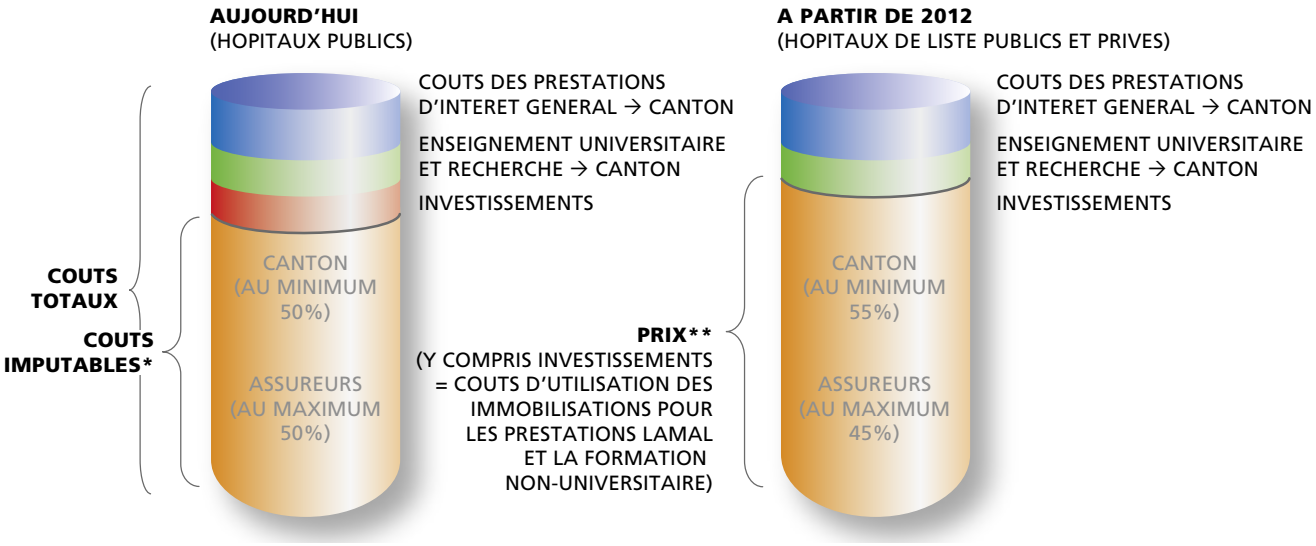
Dans le nouveau régime de financement hospitalier, la clé de répartition* des coûts entre cantons et assureurs est fixée à au moins 55 % pour les cantons (contribuables) et au maximum à 45 % pour les assureurs-maladie (payeurs de primes). Cette répartition devra être effective dans un délai transitoire de cinq ans. Un canton peut toutefois décider de payer plus de 55 % par forfait pour soulager les payeurs de primes. La clé de répartition des coûts a donc un impact évident sur les primes. Les cantons avaient jusqu'au 31 mars 2011 pour la communiquer. 19 cantons ont décidé, en choisissant leur clé de répartition, de faire supporter une charge supplémentaire aux payeurs de primes et de traiter avec ménagement leurs contribuables.
Les listes d'hôpitaux* dressées par les cantons sont aussi désormais connues. La clé de répartition des coûts vient au premier rang des facteurs ayant une incidence sur les primes. Mais les listes d'hôpitaux jouent au final sur les primes et la

CHANGEMENTS SELON LES INTERESSES

Point de vue des assureurs-maladie	Point de vue des cantons	Point de vue des assurés
• Les assureurs-maladie participeront désormais aux investissements des hôpitaux de soins aigus. Seront payés les investissements utiles aux prestations dispensées dans le cadre de l'AOS (table d'opération, appareils, médicaments etc.) avec une contribution maximale de 45 %. *(Actuellement, les assureurs-maladie paient 50 % des frais d'exploitation.)* • Dans l'AOS, ils paieront aussi une part des investissements effectués dans les hôpitaux privés à hauteur maximale de 45 % *(Actuellement, les prestations des hôpitaux privés sont financées par l'AOS et les assurances complémentaires).* • Ils participent à la formation non-universitaire (profession médicale). Les assureurs-maladie tablent sur des augmentations de coûts. santésuisse estime que les dépenses supplémentaires dues aux changements survenus dans le financement hospitalier s'élèveront entre 150 et 650 millions.	• Les cantons participent aussi aux coûts des prestations et des investissements des hôpitaux privés (au minimum à 55 %) *(Actuellement, les cantons participent éventuellement et volontairement aux coûts des investissements et des prestations des hôpitaux privés.)* • Les cantons financent la formation universitaire et la recherche (maintenant comme à l'avenir). Maintenant, ils participent aussi à la formation non-universitaire (profession médicale) dans le cadre de leur clé de répartition. • Le canton de domicile d'un patient transfère sa participation AOS au canton où l'assuré, en raison de la future liberté de choix de l'hôpital, s'est fait traité. Le canton paie au maximum son tarif cantonal usuel. La différence doit être payée par l'assuré lui-même ou par une assurance-complémentaire. *(Actuellement, les cantons ne paient rien aux coûts des assurés qui se font soigner dans un hôpital extra-cantonal sans raison médicale. En cas d'urgence ou pour des raisons médicales, les traitements extra-cantonaux sont pris en charge par le canton qui paie sa participation au fournisseur de prestation. Le canton paie au maximum le tarif en vigueur dans le canton de domicile.)* • Au final, les cantons évaluent leurs dépenses supplémentaires à 1,5 milliard de francs.	• Les assurés ne disposant que de l'assurance de base pourront aussi aller en hôpital privé (figurant sur la liste cantonale). Médicaments, hébergement et soins sont également inclus dans les forfaits par cas. Il n'y a plus de différence entre les hôpitaux privés et publics. *(Actuellement, l'AOS rembourse les prestations dispensées dans les hôpitaux privés figurant sur la liste des cantons selon le prix fixé par convention.)* • Le porte-monnaie des assurés sera lourdement sollicité dans le cadre du financement hospitalier notamment dans 19 cantons.

*Toures les définitions se trouvent dans le glossaire pp 10–11

NOUVEAU FINANCEMENT DES HOPITAUX : FORMATION DU PRIX


AUJOURD'HUI
(HOPITAUX PUBLICS)
A PARTIR DE 2012
(HOPITAUX DE LISTE PUBLICS ET PRIVES)
COUTS DES PRESTATIONS D'INTERET GENERAL → CANTON
ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE ET RECHERCHE → CANTON
INVESTISSEMENTS
COUTS TOTAUX
COUTS IMPUTABLES*
CANTON (AU MINIMUM 50%)
ASSUREURS (AU MAXIMUM 50%)
PRIX**
(Y COMPRIS INVESTISSEMENTS = COUTS D'UTILISATION DES IMMOBILISATIONS POUR LES PRESTATIONS LAMAL ET LA FORMATION NON-UNIVERSITAIRE)
CANTON (AU MINIMUM 55%)
ASSUREURS (AU MAXIMUM 45%)

*** Les coûts imputables se répartissent entre cantons (au minimum 50 %) et assureurs-maladie (au maximum 50 %).**
****A partir de 2012, le prix d'un traitement se basera sur les forfaits par cas auxquels s'ajoutent les investissements (= coûts d'utilisation des immobilisations pour les prestations LAMal). Les assureurs-maladie paient au maximum 45 % des coûts, les cantons au minimum 55 %.**

charge fiscale de 2012 un rôle beaucoup plus important que les négociations tarifaires proprement dites entre assureurs-maladie et hôpitaux.
Le rôle des cantons est, on le voit, multiple : ils planifient, exploitent et font figure d'autorité d'admission et de surveillance des hôpitaux. Et cette situation génère nombre de conflits d'intérêts. Les cantons doivent cependant prendre conscience d'une chose et agir en conséquence : ils représentent les intérêts de leurs contribuables et non ceux des hôpitaux ou des directeurs financiers. En d'autres termes, les hôpitaux qui ne travaillent pas de manière économique ne doivent pas figurer sur la liste des hôpitaux.

Coûts d'investissements : lourd impact sur les primes

Sur la base des données de 2008, santésuisse, l'association faîtière des assureurs-maladie suisses, a calculé, à l'échelle suisse, la charge supplémentaire pour l'assurance de base – laquelle dépend du choix de la clé de répartition pour la rémunération des prestations. Cette charge supplémentaire est évaluée entre 150 et 650 millions de francs, ce qui représente une hausse de primes maximale de quelque 3%. Cette hausse est en grande partie due aux coûts d'investissements qui seront nouvellement inclus dans les forfaits par cas ; jusqu'à présent, la construction des hôpitaux était uniquement financée par les cantons. La formation non-universitaire – et c'est nouveau – sera aussi financée par le biais des forfaits par cas (voir graphique). La composition des listes cantonales d'hôpitaux et l'adaptation de la clé de répartition auront aussi une incidence sur les primes, variables d'un canton à l'autre. Tous les cantons ont fixé leur participation aux coûts. Les primes augmentent le plus à Bâle-Ville (+7,6%) et en Appenzell Rhôdes-Intérieures (+6,1%), puis à Nidwald (+5,2%) et enfin à Zurich (+ 4,9%). A l'échelle de la Suisse, ce sont 350 millions de francs qui se répercuteront sur les payeurs de primes.

Le contrôle des factures et la protection des données

La protection des données est un autre point crucial. Or, il est évident que des mesures strictes de protection des données doivent limiter aux ayants droit l'accès aux données servant à la facturation – et cela vaut aussi pour les collaborateurs travaillant chez les assureurs. De même, il est hors de question que les assureurs-maladie – qui traitent plus de 70 millions de décomptes de prestations par an – remettent en cause la protection des données. Les délégués cantonaux à la protection des données ont récemment déclaré que le contrôle individuel des factures d'hôpitaux par les assureurs n'était pas nécessaire. Selon eux, un contrôle inopiné assorti d'une vérification ultérieure du codage suffirait. Pour les assureurs-maladie, de tels arguments sont inacceptables : la révision du codage ne s'effectue en effet qu'avec des données anonymes. Il est donc impossible de corriger a posteriori les factures erronées ; autrement dit, les payeurs de primes seraient les dindons de la farce.
Conformément à la loi sur l'assurance-maladie, les assureurs-maladie doivent vérifier l'exactitude des factures et l'économicité de la prestation fournie. Ils ont donc besoin de connaître les diagnostics principaux et secondaires et les traitements effectués – et non l'ensemble du dossier médical – afin de pouvoir, dès 2012, contrôler les factures hospitalières. Si, au cours de cette opération, des précisions s'avéraient nécessaires, celles-ci seraient uniquement transmises au service du médecin-conseil. Ce dernier doit être, autant que possible, dispensé des tâches d'organisation de la protection des données. En revanche, il devrait agir comme un «délégué à la protection des données» en ce qui concerne les rapports médicaux, les rapports d'opération, les photos, etc., qu'il reçoit.

STEFAN KAUFMANN, DIRECTEUR DE SANTÉSUISSE
ET VICE-PRÉSIDENT DE SWISSDRG SA

La protection des données : une compétence clé des assureurs

La protection des données est un sujet sensible qui suscite suspicion, question et revendication. Ces doutes et ces craintes naissent comme bien souvent de la méconnaissance du travail des assureurs-maladie. Les données transmises aux assureurs sont strictement protégées. Ce délicat domaine fait l'objet de protocoles et de procédures détaillées conformément aux exigences de la loi. Visana a accepté de nous ouvrir ses portes.

Raffaella D'Amore : « La transmission électronique des données facilite le travail sans nuire à la protection des données. »

« Bonjour, inscrivez-vous ici, vous recevrez un badge et on viendra vous chercher », informe poliment la dame à la réception du siège principal de Visana à Berne. Une rencontre sur la protection des données ne saurait débuter autrement. Il y va de la protection des données contre un accès non-autorisé, mais aussi contre leur transmission orale : avant la rencontre déjà, la visiteuse a dû signer une déclaration l'engageant à respecter le secret professionnel.
Le « contact interne » mentionné à la réception s'appelle Hanspeter Pulfer Schöni. Il est responsable de la protection des données chez Visana et porte un badge qui lui ouvre certes pas mal de portes – mais pas toutes pour autant – il ne peut en effet pénétrer dans le grand local abritant le serveur. « Les factures transmises électroniquement ou scannées sont notamment classées dans ce local », explique Hanspeter Pulfer Schöni. Elles contiennent des données sur l'assuré et son médecin traitant, le numéro d'assuré, la durée de la consultation, les médicaments prescrits et parfois aussi le code CIM-10. Il s'agit d'un répertoire clé des diagnostics établi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il sert à la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Un autre bâtiment sis dans un endroit distinct renferme les données médicales beaucoup plus sensibles des patients, comme les rapports médicaux, les traitements reçus et d'autres données sur son état de santé. Elles sont livrées par le fournisseur de prestations au service du médecin-conseil, sur demande de l'assureur-maladie, et servent au contrôle détaillé des factures.

Mario Fregonese : « Si l'assureur-maladie doit contrôler l'exactitude d'une facture, il doit connaître les éléments qui la compose ».

La protection des données : une compétence-clé

Le contrôle de l'accès aux données et la conservation des données des patients dans des endroits différents ne sont que deux des nombreuses mesures prises depuis longtemps par les assureurs-maladie, en vertu de la loi sur la protection des données[1]. Elles vont de la protection des systèmes de données au respect du but du traitement des données – elles ne peuvent être utilisées que pour le contrôle des factures – jusqu'à l'interdiction aux personnes non-autorisées d'accéder à ces données. La loi prescrit aussi que pour la conservation des données relatives au diagnostic, l'identité de l'assuré doit être pseudonymisée[2]. L'art. 59, al. 1 bis LAMal précise aussi très clairement que « lors du traitement des données relatives au diagnostic, les assureurs leur appliquent les mesures techniques et organisationnelles propres à assurer la sécurité des données ».

A chacun son rôle, à chacun son droit d'accès

Ces tâches incombent à Mario Fregonese, chef du support Système informatique (ressort Sinistres) de Visana. Lui et son équipe règlent l'accès des collaborateurs au système central et aux données de facturation transmises par voie électronique. La nature de l'autorisation d'accès aux données dépend du « rôle » joué par le collaborateur. L'attribution des rôles s'effectue selon le descriptif du poste. Il existe ainsi chez Visana 127 « rôles », preuve de la finesse avec laquelle les droits d'accès sont réglementés. En principe, quatre niveaux se distinguent : le premier est accessible à tous les

collaborateurs de Visana ; l'accès du deuxième n'est possible qu'aux collaborateurs du ressort Sinistres ; les deux autres sont réservés à quelques spécialistes triés sur le volet du ressort Sinistres et du service du médecin-conseil. Les collaborateurs du premier niveau ne reçoivent pas d'informations médicales et ne peuvent pas procéder au décompte des prestations. Les collaborateurs du deuxième niveau peuvent contrôler les factures papier et celles transmises électroniquement, établir les décomptes et en ordonner le remboursement. Rappelons que la loi oblige les assureurs-maladie à contrôler les factures et qu'ils sont tenus de remplir ce mandat légal. Selon les chiffres de la branche, le contrôle des factures permet d'économiser à l'échelle suisse plus d'un milliard de francs : les assurés paient donc 5% de primes en moins. Sur le schéma de Visana applicable à la protection des données, le troisième échelon passe à l'orange. Les données particulièrement sensibles (comme les diagnostics et non les rapports médicaux) peuvent y être consultées.

Le service du médecin-conseil est tenu au secret médical

Le service du médecin-conseil fait partie du quatrième échelon de sécurité et figure en rouge dans le schéma de Visana. Ce domaine est strictement protégé et il est soumis au secret médical. Seuls les collaborateurs du service du médecin-conseil et des professionnels choisis en fonction des cas y ont accès. Une case postale externe et distincte est prévue, afin que les documents destinés au médecin-conseil n'empruntent jamais la voie habituelle d'acheminement postal. «Les rapports et renseignements adressés au service du médecin-conseil sont conservés dans les archives du service, dont l'accès est protégé. Seules les assistantes du service du médecin-conseil y accèdent. L'équipe des médecins-conseils répond aux demandes des chefs de groupe en établissant des recommandations basées sur les rapports médicaux. On garantit ainsi que les données médicales ne quittent jamais le bureau du médecin-conseil. «Même les domaines verrouillés sont structurés et font l'objet d'autorisations détaillées», précise le Dr Arthur Krähenbühl, responsable du service du médecin-conseil de Visana. «Chaque personne ne reçoit que les données dont elle a besoin pour pouvoir travailler», complète Hanspeter Pulfer Schöni, responsable de la protection des données.

Dès 2012 : fini le papier !

Raffaella D'Amore, directrice du support Prestations, s'occupe activement du nouveau financement hospitalier et principalement du contrôle des factures à partir de 2012, sujet à moult discussions. «Ce n'est pas le contrôle en lui-même qui est nouveau, mais la technique utilisée : les factures hospitalières du secteur stationnaire arriveront à l'avenir sous une forme standard et par voie électronique, et non plus comme aujourd'hui majoritairement en format papier», explique-t-elle. Les garanties de prise en charge seront également transmises par voie électronique, dès 2012. Raffaella D'Amore ne comprend pas toute l'agitation faite autour de la protection des données. Le besoin d'informations dépend du système de rémunération. «Les codes de diagnostics selon la CIM-10, les médicaments prescrits et le numéro de code créancier du médecin (indiquant sa spécialisation) fournissent aujourd'hui déjà beaucoup d'informations. Et aujourd'hui déjà, elles sont traitées en respectant strictement les directives sur la protection des données adaptées aux rôles de chacun», ajoute R. D'Amore. Pour elle, les discussions sur la transmission des données SwissDRG (diagnostic principal, diagnostic secondaire, traitements) reflètent la peur des responsables des hôpitaux d'un contrôle renforcé. «Si l'assureur-maladie doit contrôler l'exactitude d'une facture finale, il doit d'abord savoir quels éléments la compose», selon Mario Fregonese. S'y ajoutent d'autres informations telles que la durée du séjour, les heures de permission etc. En l'absence de telles données, il n'est tout simplement pas possible de vérifier que le cas a été attribué au bon groupe. Le contrôle des factures tel qu'il est prescrit par la loi devient irréalisable.

Photos: Silvia Schütz

Hanspeter Pulfer Schöni : «Le responsable de la protection des données idéal est à la fois juriste et informaticien et il connaît tous les processus en détail».

Arthur Krähenbühl : « Les rapports et renseignements fournis au service du médecin-conseil sont conservés dans les archives du service, dont l'accès est strictement protégé. »

Sans diagnostic, le contrôle est impossible

R. D'Amore cite l'exemple d'une opération pour traiter l'obésité. Depuis peu, l'intervention est remboursée par l'AOS à partir d'un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35, à condition que l'intéressé(e) ait suivi pendant deux ans sans succès une thérapie non-chirurgicale. Jusqu'à présent, l'IMC devait être supérieur à 40. Afin de pouvoir simplement déterminer s'il s'agit ou non d'une telle intervention, il faut que le diagnostic soit transmis sur la facture. « C'est la seule façon d'arriver à contrôler la facture et de décider, le cas échéant, s'il faut demander d'autres renseignements », explique R. D'Amore. La transmission des données permet un contrôle efficace et partiellement automatisé des factures. Elles sont examinées à l'aide d'un dispositif de vérification et ne sont contrôlées manuellement que si le système ne parvient pas à les attribuer à un groupe.

En évoquant la protection des données, on oublie aussi assez souvent que les assureurs sont assujettis à la surveillance des autorités et qu'en cas de violation de leurs obligations, ils risquent une sanction prévue par le code pénal[3]. Les assureurs doivent en outre établir un règlement sur le traitement des données et le soumettre au conseiller à la protection des données[4].

La protection des données dans la loi

Art. 33 LPGA : Obligation de garder le secret : Les personnes qui participent à l'application des lois sur les assurances sociales ainsi qu'à son contrôle ou à sa surveillance sont tenues de garder le secret à l'égard des tiers.

Art. 42 alinéa 3 LAMal : Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.

Art. 59, alinéa 1ter OAMal : pour la conservation des données relatives au diagnostic, l'identité de l'assuré est pseudonymisée. Seul le médecin-conseil de l'assureur peut décider de la levée de la pseudonymisation.

Art. 84 LAMal : les organes chargés d'appliquer la présente loi, d'en contrôler ou surveiller l'exécution sont habilités à traiter et à faire traiter les données personnelles, y compris les données sensibles et les profils de la personnalité, qui leur sont nécessaires pour accomplir les tâches que leur assigne la présente loi

Art. 84b LAMal (entre en vigueur le 1.2.2012) : Les assureurs-maladie doivent pour la protection des données relatives au diagnostic mettre en place un règlement sur le traitement des données, le soumettre au conseiller à la protection des données et le publier.

Art. 92c LAMal : Est puni d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au plus […] celui qui en sa qualité d'organe d'exécution au sens de la présente loi, viole ses obligations, notamment celle de garder le secret, ou abuse de sa fonction au détriment d'un tiers, pour se procurer un avantage ou pour procurer à un tiers un avantage illicite.

Contrôle automatique : tous les intéressés sont gagnants

Le contrôle des factures est une chose, le triage en est une autre. R. D'Amore espère qu'à moyen terme, grâce à la transmission systématique des diagnostics SwissDRG par voie électronique, une partie des factures du secteur stationnaire des hôpitaux alimentera le système et sera contrôlée par le dispositif de vérification mis en place à cet effet. Le remboursement des factures se fera ensuite automatiquement. Seules celles qui sont écartées par le dispositif seront traitées manuellement.

Les données de facturation non-critiques du point de vue de la loi sur la protection des données peuvent être lues en tout temps par les collaborateurs du contrôle des factures chargés de les traiter. En revanche, toutes les informations médicales ne sont accessibles qu'au service du médecin-conseil. Quelques rares factures demandant une évaluation médicale seront aussi à l'avenir soumises au médecin-conseil. Selon R. D'Amore, « la transmission systématique des données par voie électronique n'apportera que des avantages : les processus administratifs seront grandement simplifiés pour l'hôpital et pour l'assureur. Il sera possible d'économiser des coûts au niveau du contrôle, sans que la protection des données ne soit assouplie ».

Cette dernière est techniquement garantie, mais il reste le facteur humain. « En matière de protection des données, l'homme est le maillon faible », précise Hanspeter Pulfer Schöni. Le remède à cette situation : sensibiliser régulièrement le personnel, appliquer des directives contraignantes et prévoir des contrôles.

SILVIA SCHÜTZ

[1] Art. 8 à 10 OLPD
[2] Art. 59, al. 1ter OAMal
[3] Art. 92 LAMal
[4] Art. 11[15] OLPD

Quels changements pour les assurés ?

Les SwissDRG apparaissent bien compliqués pour les novices et soulèvent de nombreuses interrogations. Voici trois questions essentielles et leurs réponses claires pour mieux cerner les avantages des SwissDRG.

Photos: Keystone

Pourquoi introduit-on des forfaits par cas ?

Le but premier est d'améliorer l'efficacité du système de soins hospitaliers en assurant un surcroît de transparence et de comparabilité. Actuellement, la rémunération des traitements hospitaliers en Suisse est hétérogène et varie selon les cantons. Ainsi, certains hôpitaux comme le Centre Hospitalier Universitaire du canton de Vaud (CHUV) ont depuis de nombreuses années un système de forfaits par cas (AP-DRG), alors que d'autres ont un forfait journalier. A partir du 1er janvier 2012, le système SwissDRG s'appliquera à toute la Suisse.

En outre, la rémunération selon des forfaits journaliers induit des inefficacités et conduit à une rémunération insuffisante de cas complexes et inversement, à une rémunération trop élevée pour les cas simples. Par ailleurs, les forfaits journaliers incitent les hôpitaux à garder les patients trop longtemps à l'hôpital. Avec les SwissDRG, chaque diagnostic est rémunéré selon une somme adaptée à la gravité et à la complexité du cas, indépendamment ou presque du nombre de journées d'hospitalisation. Les hôpitaux devront s'accommoder du montant du forfait.

Es-ce que la qualité des soins s'en ressentira ?

Non. Les hôpitaux seront tenus de prouver la qualité de leurs prestations médicales de manière uniforme, comparable et transparente. Au cours du processus de formation des prix, les assureurs s'aligneront sur les hôpitaux qui fournissent les prestations les plus efficaces, les plus avantageuses, tout en respectant des exigences de qualité élevée. Les hôpitaux se devront donc d'être compétitifs. Les hôpitaux qui ne participent pas aux mesures de la qualité doivent s'attendre à des sanctions. De plus, si un hôpital a mauvaise presse, les patients, ayant la liberté de choix de l'hôpital, éviteront de se faire soigner dans ces établissements. Les assurés au bénéfice de l'assurance de base auront en effet désormais le libre choix, dans toute la Suisse, parmi les hôpitaux qui figurent sur les listes des cantons. Ils devront toutefois prendre à leur charge les coûts supplémentaires si un hôpital extracantonal applique des tarifs plus élevés que les hôpitaux de leur canton de résidence.

Quels sont les avantages des SwissDRG ?

- La viabilité économique à long terme du système de santé ;
- Une bonne médecine finançable ;
- Un encouragement aux optimisations financières ;
- La transparence et la comparabilité des coûts des prestations médicales entre hôpitaux ;
- L'alignement entre les prestations et les rémunérations ;
- Le renforcement de la collaboration entre les différentes disciplines médicales et institutions ;
- La simplification de la planification hospitalière supracantonale ;
- La standardisation des pratiques médicales.[1]

[1] SwissDRG SA

Chiffres clés

313 c'est le nombre total d'hôpitaux en Suisse en 2009.	**39 539** c'est le nombre de lits de soins disponibles dans les hôpitaux en Suisse en 2009.	**1 312 179** c'est le nombre de cas traités en 2009. Le chiffre se base sur le nombre de sorties d'hôpital.	**12 990 096** c'est le nombre de journées d'hospitalisation enregistrées en 2009 en Suisse.	**20 519,4** c'est le montant des dépenses d'exploitation en millions de francs des hôpitaux en 2009.

Sources : Office fédérale de la statistique (OFS). Les totaux comprennent à chaque fois les hôpitaux de soins généraux et les cliniques spécialisées.

Le glossaire des SwissDRG

Baserate/prix de base :
Le baserate sert à définir le prix d'un traitement dans un système DRG. Le baserate est comparable au point tarifaire dans le TARMED. Le baserate est déterminé par les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations). Le calcul du prix de base est déterminant pour la facturation. Il s'obtient en divisant les coûts totaux (coûts d'exploitation tels que les frais du personnel qui relèvent des domaines financés par l'AOS) par la somme des coûts relatifs (cost-weight) de chaque groupe de cas. Sur cette base, les assureurs et les hôpitaux négocient le prix de base réel. Ils se fondent sur les hôpitaux qui dispensent les traitements avec les standards de qualité requis et de manière économique.

Bloody exit :
On entend par là une sortie prématurée de l'hôpital, c'est-à-dire avant que l'état de santé du patient ne l'autorise. Le phénomène n'a été constaté ni en Allemagne, ni en Suisse.

CIM-10 :
La CIM-10 est un système de classification internationale des diagnostics et maladies (CIM). Il sert de base aux diagnostics de SwissDRG.

Codage / Contrôle du codage :
Le codage est effectué par des experts spécialement formés à cet effet, attribuant chaque cas au bon groupe de cas (DRG). Les codeurs consultent les rapports médicaux pour en extraire les diagnostics et les traitements et déterminent selon des règles strictes l'attribution d'un traitement à un groupe de cas. Dans le cadre de la révision du codage, des experts indépendants contrôlent par sondage si la pathologie a été transférée dans le bon DRG. Il ne faut pas confondre la révision du codage avec le contrôle des factures effectué par les assureurs-maladie. Et il ne peut en aucun cas le remplacer.

DRG :
Diagnosis Related Groups (groupes de diagnostics différenciés). Dans ce système de classification, les patients sont répartis par groupes de cas (DRGs) en fonction des diagnostics et traitements effectués (procédures). Chaque groupe de cas est évalué selon les dépenses économiques qu'il nécessite. Il en résulte un cost-weight qui, multiplié au prix de base de l'hôpital, donne le prix remboursé par les assureurs-maladie.

Forfaits par cas :
Ce sont les rémunérations que les fournisseurs de prestations reçoivent pour un traitement. Le forfait se calcule conformément au prix d'une exécution efficiente du traitement. Une opération à cœur ouvert a par exemple un cost-weight plus haut et donc un forfait par cas considérablement plus élevé qu'une opération de l'appendicite. (Forfaits par cas = cost-weight «opération du cœur» multiplié par le prix de base négocié de l'hôpital)

Indice de la complexité des cas (*Case Mix Index*, CMI) :
Il s'obtient en additionnant tous les *cost-weights* produits par l'hôpital durant un certain laps de temps puis en divisant cette somme par le nombre de cas traités. Plus cet indice est élevé, plus lourds sont en moyenne les cas traités par l'hôpital.

Indice de coûts relatifs *(cost-weight):*
Chaque groupe de cas reçoit, en fonction des dépenses et de la complexité des traitements, un indice de coûts relatifs. Les traitements simples ont un indice de coûts relatifs bas (par exemple 0,8) et les traitements plus complexes un indice plus élevé (par exemple 1,3). La moyenne de tous les indices de coûts relatifs se monte à 1,0. L'indice de coûts relatifs est comparable au nombre de points tarifaires d'un traitement selon le TARMED.

Liste des hôpitaux :
Le canton inscrit sur sa liste les hôpitaux qui sont nécessaires pour garantir la prise en charge sanitaire de sa population. Le canton paie au minimum 55% des prestations et des investissements des hôpitaux. Le canton doit désormais verser cette part également aux hôpitaux privés inscrits sur sa liste. Pour les hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste (hôpitaux contractuels), les cantons ne paient pas leur part. Ils ne sont payés que par les assurances complémentaires.

***Minimum Data Set* :**
Ce terme désigne le jeu de données, y compris les diagnostics et traitements, dont les assureurs-maladie doivent disposer afin de pouvoir contrôler les factures d'hôpitaux. Un arrêt du Tribunal fédéral administratif stipule que la livraison systématique de telles données aux caisses est licite – mais en respectant strictement la protection des données.

Outlier :
Durée de séjour jugée exceptionnelle par rapport à un cas «normal» (inlier). Tous les patients regroupés dans le même DRG reçoivent en principe le même forfait par cas. Un petit pourcentage de cas (5%) dépasse les limites inférieures et supérieures de la durée de séjour «normale». Lorsque le séjour du patient est inhabituellement long ou court, son cost-weight est augmenté ou réduit d'un jour par rapport à la durée «normale» de séjour.

Part de rémunération/clé de répartition des coûts :
Part en pour cent de la rémunération du financement hospitalier que le canton et les assureurs-maladie doivent chacun prendre en charge. Après un délai transitoire arrivant à échéance en 2017, cette part s'élèvera pour les assureurs-maladie au maximum à 45%, pour les cantons au minimum à 55%. La clé de répartition des coûts par canton est fixée par chacun des cantons concernés. Durant le délai transitoire, les cantons dont les primes étaient inférieures à la moyenne suisse en 2009 peuvent choisir une clé de répartition des coûts plus basse.

Point tarifaire :
Pondère la prestation en comparaison d'autres prestations. Dans le TARMED, il fixe la relation de valeur des traitements. La prestation médicale du gynécologue consulté par une femme souffrant de stérilité correspond à 9,57 points par 5 minutes. L'interruption de grossesse par médicament d'une femme de plus de 16 ans est évaluée à 41,37 points par 15 minutes. Dans le système SwissDRG, le coût relatif/cost-weight équivaut au point tarifaire dans TARMED.

Principe de l'intégralité des coûts :
Ce principe signifie qu'avec les forfaits DRG, les hôpitaux doivent couvrir l'ensemble des coûts – et donc aussi leurs investissements.

Regroupement des cas par groupe de pathologie (*Grouper*) :
Les «*groupers*» sont des programmes d'ordinateur qui permettent aux codeurs de classer les patients dans le bon groupe de cas. Le programme d'ordinateur est alimenté par les diagnostics, les traitements et les données sociodémographiques.

Rémunération liée aux prestations :
Cette forme de rémunération indemnise l'investissement économique moyen d'un traitement. Autrement dit, les fournisseurs de prestations ne sont pas rémunérés pour chaque acte thérapeutique (comme dans le TARMED) ou pour la durée d'un traitement (forfaits journaliers dans les hôpitaux), mais ils reçoivent un certain montant pour une opération de l'appendicite ou pour l'ablation de la vésicule biliaire. Les tarifs ne se calculent pas en fonction des coûts de l'hôpital mais d'une exécution efficiente des traitements.

Surcodage / Upcoding / Codage élevé:
Les prestations soumises au codage professionnel utilisent de manière optimale la marge de manœuvre octroyée par les règles de codage. Les codificateurs /codeurs professionnels obtiennent des forfaits par cas plus élevés que les autres.

SwissDRG :
Système de forfaits par cas (DRG) adapté aux spécificités de la Suisse. Il se base sur le système allemand (German DRG), appliqué en Allemagne depuis 2003.

SwissDRG AG
Les principales tâches de SwissDRG SA consistent à calculer les cost-weights et les baserates, ainsi qu'à adapter, maintenir et développer le système de rémunération des séjours hospitaliers en fonction du diagnostic. SwissDRG SA rassemble des représentants des cantons, des assureurs, des hôpitaux et de la FMH.

Tarif :
Reflet des prestations fournies par les hôpitaux, les médecins et les physiothérapeutes. Dans un tarif à la prestation individuelle, comme le TARMED, chaque acte thérapeutique est énuméré séparément, par exemple pose du diagnostic, traitement, consultation. Il comprend plus de 4600 positions. Il existe par ailleurs aussi le tarif au temps (pour l'aide et les soins à domicile / spitex), le tarif forfaitaire ou les DRGs (forfaits par cas).

Valeur du point tarifaire :
C'est la valeur négociée en francs par point tarifaire. Dans le système SwissDRG, ce point est comparable au prix de base.

Valeurs de référence (*benchmark*) :
La comparaison (*benchmark*) s'effectue sur la base de critères clairement définis. En règle générale, elle permet de voir où se situe une entreprise par rapport à la moyenne ou aux meilleures d'entre elles quant à la fourniture de certaines prestations. Les partenaires du système tarifaire DRG espèrent obtenir des comparaisons valables quant aux coûts, à l'efficience et à la qualité.

COST-WEIGHT	DESIGNATION
0.661	Affections de la vésicule biliaire et des voies biliaires
0.709	Affections des muscles et des tendons ou foulure, claquage ou luxation de la hanche, du bassin et de la cuisse
0.578	Blessures bénignes à modérées de l'épaule, du bras, du coude, du genou, de la jambe et de la cheville
7.903	Pose d'un défibrillateur cardioverteur (AICD), stimulation triple chambre, sans intervention cardiaque ou vasculaire supplémentaire
0.624	Appendicectomie sauf pour péritonite, sans CC extrêmement sévères ou sévères, âge > 13 ans

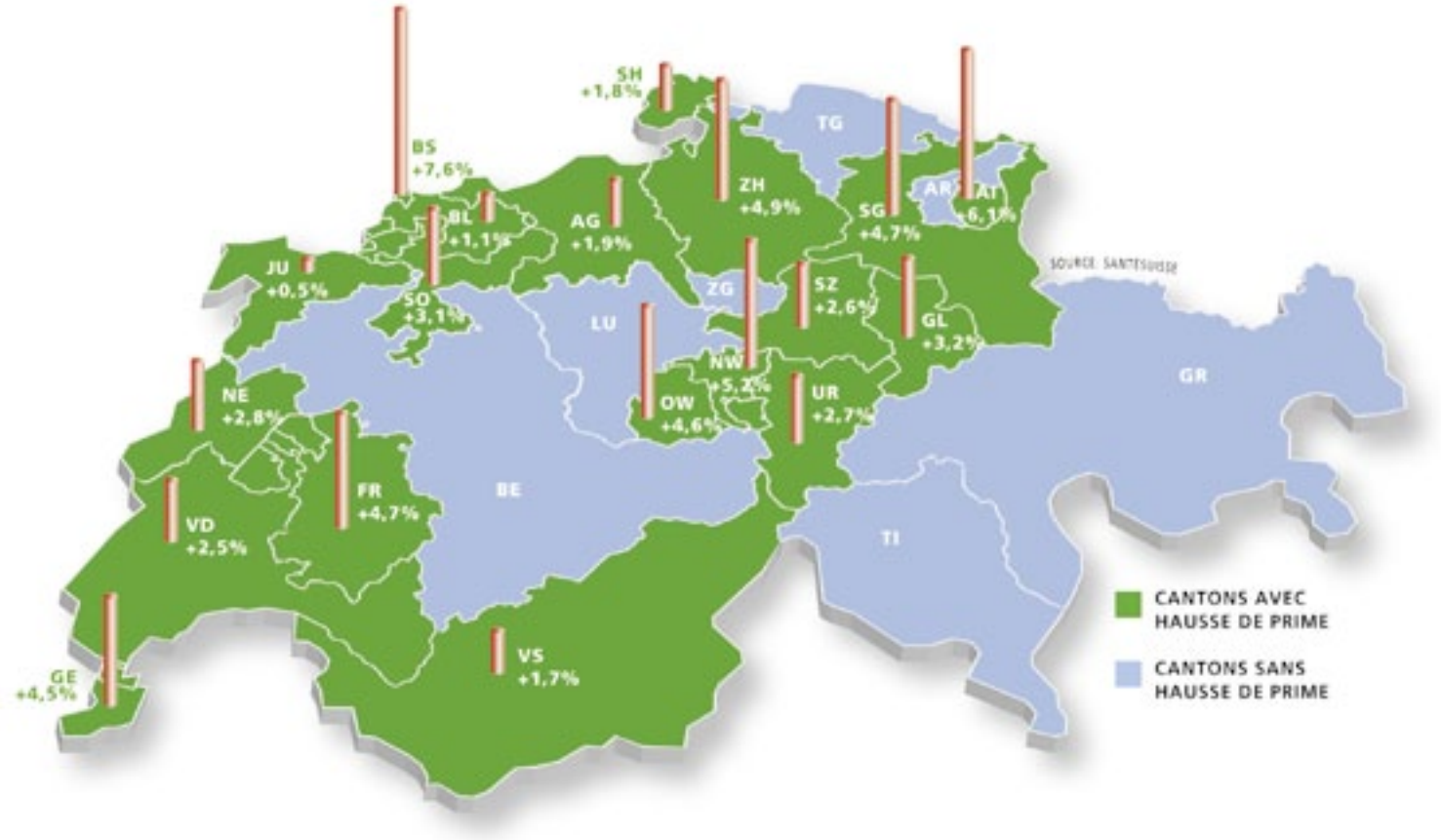
Les cantons où le payeur de primes passe à la caisse

Le nouveau régime de financement hospitalier entrera définitivement en vigueur au 1er janvier 2012. Quelques problèmes de mise en œuvre restent irrésolus, mais le projet suit son cours inexorablement. On sait d'ores et déjà que certains cantons répercuteront leurs coûts sur les payeurs de primes.

Le paysage hospitalier suisse sera durablement transformé. Les conséquences de tous ces changements légaux sont difficiles à évaluer. Les spécialistes de tarifsuisse sa ont pourtant relevé le défi. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique et au nom des assureurs, ils ont estimé les coûts. Conclusion: la mise en œuvre des dispositions légales conduit à un surcroît de coûts dans deux domaines.

Impact des décisions cantonales sur les primes

Les listes d'hôpitaux et la clé de répartition des coûts entre assureurs-maladie et cantons, toutes deux définies par les cantons, influent sur les primes (voir aussi l'article p. 4). Les cantons doivent à l'avenir inscrire sur leur liste tous les hôpitaux nécessaires à l'approvisionnement médical de la population. Ainsi, l'ensemble des prestations hospitalières stationnaires – y compris, désormais, celles des hôpitaux privés figurant sur la liste et celles des maisons de naissance – seront automatiquement cofinancées par le canton concerné et les assureurs-maladie via la clé de répartition des coûts correspondante. Les hôpitaux inscrits sur les listes cantonales seront plus nombreux que jusqu'à présent, ce qui aura une incidence sur les coûts.



CANTONS AVEC HAUSSE DE PRIME				CANTONS SANS HAUSSE DE PRIME	
BALE-VILLE	7,6%	NEUCHÂTEL	2,8%	TESSIN	- 6,6%
APPENZELL AI	6,1%	URI	2,7%	BERNE	- 4,9%
NIDWALD	5,2%	SCHWYZ	2,6%	THURGOVIE	- 0,6%
ZURICH	4,9%	VAUD	2,5%	APPENZELL AR	- 0,2%
FRIBOURG / ST-GALL	4,7%	ARGOVIE	1,9%	GRISONS	0%
OBWALD	4,6%	SCHAFFHOUSE	1,8%	ZOUG	0,1%
GENEVE	4,5%	VALAIS	1,7%	LUCERNE	0,1%
GLARIS	3,2%	BALE-CAMPAGNE	1,1%		
SOLEURE	3,1%	JURA	0,5%	HAUSSE SUISSE	1,6%

19 cantons vont connaître de fortes hausses de primes. Pourquoi? Ils ont choisi des clés de répartition trop basses. Les calculs de santésuisse s'appuient sur les données de 2008. Seuls les effets du changement de système sont ici représentés. La hausse annuelle des dépenses de santé, de 4,5 % par an en moyenne, n'est pas prise en compte.

Forfaits par cas liés au prix des prestations

Les forfaits par cas* (SwissDRG) pour les soins somatiques aigus sont au cœur des changements qui surviendront dès le 1.1.2012. Les forfaits ne couvrent pas les coûts d'un hôpital, mais rémunèrent les prestations dispensées. Autrement dit, c'est le prix d'un traitement (par exemple d'une opération de l'appendicite) qui est remboursé et non les dépenses d'un hôpital (qui travaillerait de manière non-économique). Les comparaisons nationales seront ainsi rendues possibles. Le but est que dans un futur proche un même traitement ait le même prix dans toute la Suisse. Les hôpitaux seront donc placés en situation de concurrence. Le patient pourra en effet maintenant choisir librement son hôpital dans toute la Suisse en se fondant sur la qualité et les prix. Son canton de domicile versera sa part quel que soit le canton où se situe l'hôpital. La planification hospitalière cantonale devient ainsi superflue. Il devra seulement s'acquitter de la différence si les coûts extra-cantonaux sont plus élevés.

Les investissements augmentent les primes

Les tarifs hospitaliers – et donc les forfaits par cas – comprennent désormais aussi les coûts de la formation et du perfectionnement non-universitaires. Jusqu'à présent, les coûts de la formation, comme les coûts d'investissement, étaient supportés par les cantons. A l'avenir, les assureurs devront aussi en assumer une grande partie par le biais de la clé de répartition. Le graphique montre l'incidence du choix de la clé de répartition sur les primes.

Les dangers des SwissDRG

Le passage à un modèle tarifaire lié aux prestations, comme le système des SwissDRG, n'est évidemment pas sans risques. Les assureurs s'attendent à une poussée des coûts, les hôpitaux sachant jouer de la marge de manœuvre admise au sein des directives de codage*. Les hôpitaux, eux, craignent à l'inverse une perte de revenus. L'art. 59c OAMal prévoit pourtant clairement qu'un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires. La neutralité des coûts avec par exemple la garantie de gain, souhaitée par les hôpitaux, conduirait *de facto* à un gel des tarifs, y compris ceux qui sont excessifs, et irait donc à l'encontre de la volonté du Parlement. Les coûts devraient logiquement diminuer en raison de la concurrence renforcée sur les prix. Tel est l'objectif explicite de la révision de la LAMal. Les assureurs signeront des conventions à la faveur des payeurs de primes concernant les facteurs qui (comme le Baserate) ont une incidence sur le prix d'un forfait par cas et veilleront à limiter les dégâts pour les payeurs de primes en négociant des prestations avantageuses.

350 millions de francs à la charge des payeurs de primes

Les experts de tarifsuisse sa estiment que les coûts supplémentaires à la charge des assureurs-maladie et donc des payeurs de primes s'élèveront à plus de 350 millions de francs. Ces augmentations de coûts ne sont pratiquement pas dues au passage de l'ancien système à celui des Swiss-DRG. Elles résultent essentiellement du choix des clés de répartition des coûts trop basses et à l'introduction des coûts d'investissement dans les tarifs hospitaliers. Résultat : les assureurs ne peuvent éviter l'accroissement des coûts engendrés par le nouveau financement hospitalier. En revanche, les cantons auraient pu soulager les payeurs de primes en composant intelligemment leurs listes d'hôpitaux et en adoptant une clé de répartition appropriée. Mais une fois de plus, ils ont préféré ménager leur budget au détriment des payeurs de primes.

Modifications les plus importantes :

- Listes cantonales des hôpitaux établies sur la base de critères économiques et qualitatifs ;
- Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse pour les assurés ;
- Egalité des hôpitaux publics et privés ;
- Tarifs hospitaliers déterminés en fonction des hôpitaux fournissant les prestations tarifées de bonne qualité, de manière efficiente et avantageuse ;
- Introduction des forfaits liés aux prestations (SwissDRG pour les soins somatiques aigus) ;
- Nouvelle clé de répartition des coûts entre cantons et assureurs-maladie ;
- Possibilité de conclure des conventions entre assureurs-maladie et hôpitaux non-nécessaires à l'approvisionnement sanitaire (= les hôpitaux conventionnés ne sont payés que par les assureurs) ;
- Indemnisation des coûts d'investissement (coûts d'utilisation des immobilisations) comprise dans les tarifs hospitaliers, plus exactement dans les forfaits par cas ;
- Nouvelle définition de l'enseignement et de la recherche universitaires ;

Des prix identiques dans toute la Suisse

Les négociations seront à l'avenir menées en respectant strictement l'art. 49 LAMal. Chaque hôpital sera ainsi soumis à la concurrence, au niveau des prix et de la qualité. Les coûts de l'hôpital ne joueront au final plus aucun rôle car, avec les forfaits par cas, les prestations deviendront rigoureusement comparables : indépendamment de l'hôpital et du canton où il se trouve, les prix pour une intervention et un traitement donnés seront, avec le temps, identiques.

MICHAEL ROLAZ
CHEF DU DÉPARTEMENT HÔPITAL STATIONNAIRE

Les établissements hospitaliers romands sont-ils prêts ?

Le 1er janvier 2012, les SwissDRG arrivent. Les hôpitaux publics et privés sont-ils prêts à relever le défi ? Une société de conseil, basée à Genève, rend son diagnostic à 500 jours du choc.[1] Les résultats sont édifiants. La mise en œuvre des DRG va être rude, notamment dans les cliniques. Somme toute, la situation n'est pas désespérée, les remèdes existent.

Plus que quelques mois avant que le système de santé suisse ne connaisse une mini révolution. Finies les prestations hospitalières financées selon un forfait par journée ! Place aux SwissDRG, aux forfaits calculés en fonction du diagnostic. Les hôpitaux suisses se sont-ils bien préparés ? Sauront-ils tirés leur épingle du jeu et se montrer efficaces ? Ou se laisseront-ils surprendre comme nombre d'établissements hospitaliers allemands qui, ayant sous-estimé l'ampleur des changements organisationnels, ont subi d'importantes pertes financières lors des premières années d'application des DRG ?

Consultation des établissements hospitaliers romands

Pour émettre son diagnostic, la société de conseil Newtone Associates a consulté quatorze établissements hospitaliers romands, parmi lesquels deux hôpitaux universitaires, des hôpitaux régionaux, plusieurs cliniques privées. Au total, vingt-cinq personnes ont été interrogées.

Quatre critères ont été retenus pour mesurer le degré d'intégration des DRG dans les diverses strates organisationnelles de l'établissement : la vision, les ressources humaines, l'organisation et les outils. Si la vision évalue le plan stratégique de l'établissement hospitalier, les « ressources humaines », elles, examinent l'implication et la formation du personnel médical, infirmier et administratif ; de même, l'organisation observe l'adéquation avec les objectifs fixés dans la « vision » et considère les contraintes liées aux ressources humaines ou matérielles ; et les outils regardent entre autres l'existence et le niveau d'utilisation du Grouper et des dossiers patients informatisés (DPI) etc.

Diagnostic : les hôpitaux sont mieux préparés

Rapidement, de fortes divergences se profilent : si certains adoptent une vue d'ensemble et ont conscience de l'étendue des changements structurels à venir, d'autres limitent la préparation à l'achat du « Grouper »* (logiciel de détermination du DRG). Pour ces derniers, l'année 2012 sera certainement périlleuse. Deux camps se distinguent principalement : les hôpitaux et les cliniques. Dans l'ensemble, les hôpitaux sont mieux préparés, forts de leur expérience des AP-DRG et de la participation des médecins. Un bémol tou-

Photo : Keystone

Tic-tac, tic-tac, vite les SwissDRG arrivent.

SYNTHESE DE L'EVALUATION ET NOTES SUR 3

HOPITAUX	CLINIQUES
2,4 Vision Les DRG sont inclus dans les réflexions de la direction de manière réactive et protectionniste. Les hôpitaux doivent encore davantage anticiper les impacts et développer une stratégie proactive.	**1,7 Vision** Peu d'établissements disposent d'une véritable stratégie tenant compte de l'introduction des DRG.
2,2 Les ressources humaines Le corps médical doit être plus impliqué et le dialogue doit être intensifié entre le personnel administratif, médical et infirmier. Tous doivent comprendre les contraintes et les objectifs de chacun.	**1,8 Les ressources humaines** Les médecins ont été jusque là relativement indépendants en termes de facturation et d'options de traitement. La nécessité de s'inscrire dans une enveloppe financière commune va requérir un surcroît de complicité entre l'établissement et les corps médicaux et infirmiers.
2,3 L'organisation Une certaine culture de projet et de gestion du changement existe. Mais les projets structurels ne tendent pas encore suffisamment vers une optimisation des résultats financiers.	**1,7 L'organisation** Les établissements privés font aujourd'hui preuve de flexibilité et s'adaptent aux patients et aux médecins. Il faudra gérer la tension entre cette diversité de fonctionnement et la rigueur introduite par les DRG.
2,2 Les outils La mise en place du dossier électronique du patient se précise. Il manque encore une interprétation des chiffres et leur mise à disposition aux différents services afin d'orienter leur décision de gestion.	**1,5 Les outils** Le manque de coordination entre les outils des cliniques, des médecins et des services externes entraîne une rupture de la chaîne d'information et limite l'efficience du traitement administratif.

Source : Newtone Associates

tefois, ils sous-estiment souvent la fracture entre les AP-DRG et les SwissDRG. Les cliniques, quant à elles, obtiennent des résultats médiocres. La cause en est simple : elles manquent d'expérience en matière de DRG et le corps médical est moins intégré dans la structure administrative et organisationnelle. (voir le tableau)

Remède n°1 : une bonne dose d'information

Pour pallier les éventuels retards, des solutions existent, valables tant pour les établissements romands qu'alémaniques (absents de l'étude). La collecte des données médicales par les médecins et les infirmiers apparaît comme l'ossature même de tout le système DRG. Ces dernières sont en effet ensuite transformées en code DRG, puis interprétées d'un point de vue financier et économique pour finalement servir de base à l'orientation stratégique de l'établissement. Il est donc primordial de sensibiliser et de former les médecins et le personnel infirmier à l'importance de la qualité des données médicales. L'acquisition de codificateurs expérimentés et d'un logiciel performant ne vient qu'après. Mais la fluidité du processus et la circulation de l'information exigent une communication et une collaboration accrue entre l'administration, le corps médical et le personnel infirmier. Chacun doit connaître le métier de l'autre pour améliorer de manière réaliste les pratiques. Le personnel infirmier devient une passerelle entre les médecins et les gestionnaires et le corps médical accepte les projets d'optimisation financière, même s'ils égratignent leur image de la liberté thérapeutique.

Remède n°2 : mieux vaut prévenir que guérir

L'autre règle d'or consiste à anticiper et à envisager tous les changements inhérents à l'entrée en vigueur des SwissDRG. Il faut former à l'avance les codificateurs, intégrer le plus tôt possible les DRG dans la stratégie de l'établissement, multiplier les simulations financières pour connaître à l'avance par exemple l'impact économique qu'aura la fixation du baserate*. Cet outil en mains, il sera plus aisé d'aborder efficacement les négociations avec les partenaires tarifaires.
L'autre changement décisif à prendre en compte est la gestion de la durée du séjour. Le modèle actuel de facturation se base sur les journées d'hospitalisation, alors que les DRG n'en tiennent pas ou peu compte. Une mauvaise gestion des séjours peut coûter cher (que le séjour soit trop court et entraîne une réhospitalisation ou trop long). Il s'agit donc d'optimiser l'entrée et la sortie du patient en prévoyant par exemple des itinéraires cliniques ou un système de case management.
Sept mois avant l'introduction des SwissDRG, le compte à rebours est lancé. L'heure devrait être à la finalisation des derniers détails. Mais qu'en est-il vraiment? L'étude a-t-elle permis d'accélérer les préparatifs? A-t-elle suscité une prise de conscience des établissements hospitaliers? Pour le savoir, rendez-vous le 1er janvier 2012.

MAUD HILAIRE SCHENKER

[1] Stefan Stefaniak, Marie-Luce Margaine-Berthon, Michael Chaille, *SwissDRG : diagnostic à 500 jours du choc*, Newtone Associates, août 2010
L'étude est disponible sous http ://www.newtone-associates.com/

ETABLISSEMENTS INTERVIEWES

NOMBRE DE LITS	NOMBRE D'ETABLISSEMENTS INTERVIEWES
0 – 50	2
50 – 100	2
100 – 250	4
250 – 500	4
> 500	2

Source : Newtone Associates

NEWTONE ASSOCIATES

SwissDRG : Diagnostic à 500 jours du choc

Août 2010

Auteurs : Stefan Stefaniak, Marie-Luce Margaine-Berthon, Michael Chaille

Design Graphique : Denis Hérisson
Impression : Printstar SA
Photo de couverture : Thinkstock Photos

Sommaire

1// Préface

2// Introduction

3// Historique des DRG

4// Complexité des SwissDRG

5// Horizon 2012 et au-delà

6// Niveau de préparation des établissements hospitaliers

7// Gérer les risques par la mise en place de best practices

8// Conclusion

1 // Préface

Que l'on suive l'augmentation de sa facture d'assurance maladie année après année ou que l'on entende l'avis des experts, les espoirs de voir endiguer la marée montante des coûts de la santé semblent minces. Ce sujet est pourtant l'une des grandes préoccupations de nos organes politiques dont la volonté est relayée par les partenaires du système de santé en Suisse. Normes, règles, organisations et méthodes de financement évoluent sous l'impulsion du constat toujours renouvelé que cela ne peut pas continuer ainsi. Alors pourquoi les résultats ne sont-ils pas plus probants ? Est-ce que les mesures mises en place attaquent toutes les sources de cette dynamique inflationniste ?

Le financement par DRG (Diagnosis Related Groups) fait partie des mesures visant à standardiser et contenir les coûts. Notre étude s'inscrit dans une démarche de terrain, donnant la parole aux établissements hospitaliers sur un thème clair : le niveau de leur préparation face à la mise en place de ce nouveau mode de financement. Ancrées dans la pratique, les observations et les pistes proposées représentent des outils que nous espérons utiles aux personnes en charge de cette transformation.

Mais avant d'entrer dans ces considérations d'experts, nous aimerions émettre une hypothèse du point de vue d'un client de ce système. En simplifiant, le patient peut être placé à l'origine des coûts. La conception qu'il a de son mal dépasse la réalité objective de sa pathologie car elle s'appuie sur la peur, interprétation émotionnelle difficilement contrôlable. La douleur, réelle ou anticipée, ainsi que l'idée de disparaître poussent le malade à prendre toutes les options, si peu rationnelles soient-elles, pour apaiser son mal être. Les dernières méthodes de soins, les examens complémentaires et multiples ou encore les technologies les plus avancées représentent l'arsenal, dans lequel il va puiser, même si l'apport réel de ceux-ci ne justifie pas la différence de charges financières. « Docteur, faites tout ce qui est possible, peu importe ce qu'il m'en coûtera, surtout que c'est mon assurance qui paie (à court terme en tout cas) ».

Ce raisonnement basique comporte de nombreuses failles mais il souligne un constat simple: les sources de l'augmentation des coûts de la santé ne sont probablement pas que structurelles. En complément aux solutions techniques et organisationnelles, l'éventail des mesures de contrôle devrait peut-être inclure un accompagnement de l'homme dans l'apprivoisement de ses peurs, d'une forme d'acceptation de la maladie et peut-être même de la mort. ■

2// Introduction

La Suisse est à la veille d'un changement majeur du mode de financement des prestations hospitalières passant d'une valorisation des soins par journée à un calcul basé sur le diagnostic. Cette modification a pour objectif la mise en place d'un système plus efficient et fournissant des incitatifs au contrôle des coûts. La société « SwissDRG » – administrée par les hôpitaux (au travers de H+), les assureurs et les cantons – confirme la bascule au 1er janvier 2012. Dès cette date, les partenaires tarifaires seront contraints d'adopter ce nouveau système qui est une adaptation de la version allemande « G-DRG ».

Par l'introduction des DRG (Diagnosis Related Groups), « SwissDRG » a identifié les bénéfices suivants :

- Viabilité économique à long terme du système de santé;
- Augmentation de la qualité des prestations par une optimisation des processus de traitement et par une concurrence entre les fournisseurs de prestations;
- Encouragement aux optimisations financières et opérationnelles;
- Transparence et comparabilité des coûts des prestations médicales entre hôpitaux;
- Alignement entre les prestations et les rémunérations;
- En corolaire à la recherche d'efficacité opérationnelle, renforcement de la collaboration entre les différentes disciplines médicales et institutions;
- Simplification de la planification hospitalière supracantonale;
- Standardisation des pratiques médicales.

Toutefois, l'expérience allemande du déploiement des DRG a montré que de nombreux établissements hospitaliers, privés comme publics, ont subi d'importantes pertes financières lors des premières années d'application. L'analyse des projets de réduction des coûts d'exploitation (« cost-cutting ») d'une dizaine d'établissements, permet de constater qu'une majorité de ces derniers, mal préparés, s'étaient faits surprendre par l'ampleur du changement. A contrario, ceux ayant anticipé l'introduction du nouveau système ont, quant à eux, pu en éviter les impacts négatifs et ont même su bénéficier de ce changement.

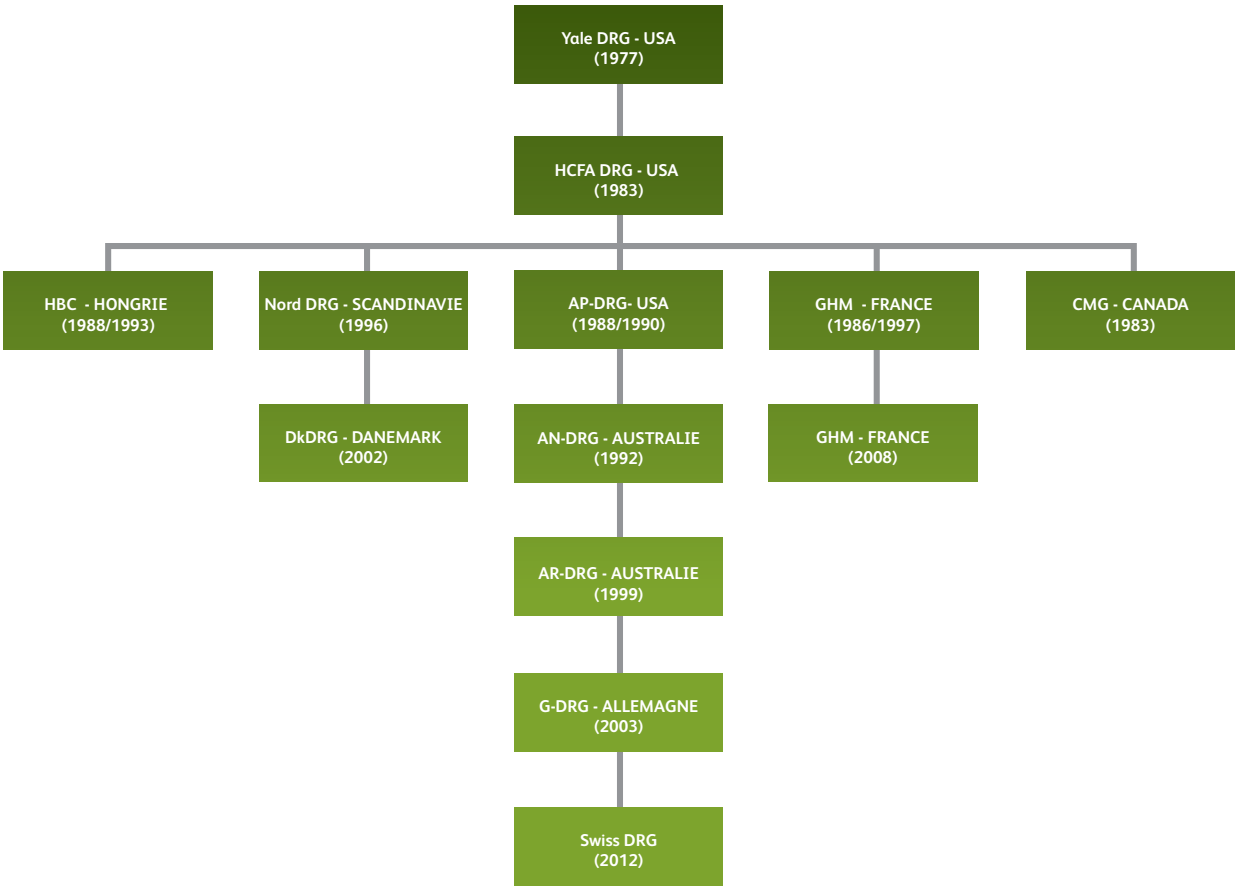
Est-ce que les établissements suisses bénéficient réellement de l'expérience acquise en Allemagne? Ont-ils inclus dans leurs réflexions les corrections et adjonctions successives faites aux G-DRG? Disposent-ils des outils mis en place par les établissements pionniers de ce système? Fondamentalement, est-ce que les hôpitaux publics, parapublics et privés sont prêts, 500 jours avant l'introduction des SwissDRG, à faire face à ce changement?

Le grand nombre d'études théoriques et techniques disponibles aujourd'hui ne traitent pas directement de ces questions. Pour cette raison, il nous est apparu important de collecter les informations nécessaires au travers d'une recherche sur le terrain. Nous avons donc rencontré les directions de 15 établissements suisse-romands, plusieurs médecins ainsi que d'autres acteurs du domaine de la santé. Alors que certains responsables se demandent encore si les DRG s'appliqueront réellement à leur cas, les réponses à ces questions apparaissent comme fragiles. Le nombre d'établissements ayant réellement débuté leur préparation est faible et les retardataires sont souvent ceux qui n'ont, à ce jour, encore aucun projet planifié.

En combinant notre vision pragmatique des leçons allemandes aux expériences tirées de l'application des AP-DRG en Suisse, cette étude vise à partager quelques clés destinées à rendre la transition entre modes de financement, sinon simple, au moins surmontable. ■

3// Historique des DRG

L'évolution du système DRG



Source: Die DRG Familie (Wolfram Fisher) – Modèle adapté par Newtone Associates SA

Développés aux Etats-Unis dans les années 80, les DRG (« Diagnosis Related Groups ») avaient pour but initial d'établir un système de classification des patients par groupes de maladies homogènes. Cette analyse statistique permet dès lors de rendre les coûts de traitements comparables entre les établissements de soins pour chacun des diagnostics.

Au cours des trente dernières années, les DRG ont été adaptés au fur et à mesure de leur introduction dans les différents pays, chaque version étant une évolution d'une méthode antérieure.

Dès 2002, la facturation basée sur le diagnostic selon une version adaptée du système canadien appelé AP-DRG (« All Patient Diagnosis Related Groups ») commence à être appliquée en Suisse par certains hôpitaux avant-gardistes.
Aujourd'hui, une cinquantaine d'hôpitaux, majoritairement en Suisse Romande, utilise ce système de facturation pour des cas soumis à la LAMal et 160 hôpitaux l'utilisent pour des cas relatifs à l'assurance accident. En revanche, encore 150 hôpitaux ainsi que la plupart des cliniques n'ont encore aucune expérience de l'approche DRG.

Conscient des avantages d'un nouveau système tarifaire basé sur le diagnostic, le conseil fédéral décide en 2007 la mise en place du concept, cette fois-ci basé sur la version allemande des DRG : les G-DRG. La rémunération des prestations hospitalières de soins somatiques aigus suisses, SwissDRG, sera introduite le 01.01.2012.

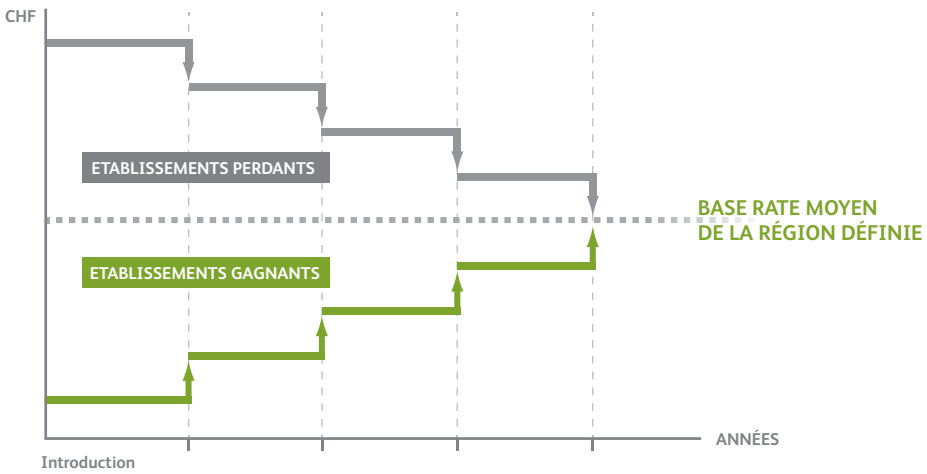
En principe, la méthode peut paraître simple. SwissDRG SA présente le fonctionnement de la manière suivante : le critère principal pour la classification d'un patient dans un groupe de pathologie est le diagnostic principal. Les autres caractéristiques de classification sont les diagnostics supplémentaires, les procédures, l'âge, le type de sortie de l'hôpital, le degré de sévérité, chez les nouveau-nés le poids à la naissance et d'autres facteurs. La classification d'une hospitalisation dans un DRG est effectuée par un logiciel de regroupement (grouper). Le montant de chaque forfait par cas SwissDRG est calculé sur la base des coûts effectifs des hôpitaux suisses.

L'application est cependant complexe. Afin d'atteindre le niveau de finesse nécessaire pour représenter correctement la réalité et permettre une transition progressive, les SwissDRG tiennent compte de différents facteurs complémentaires. ■

Nomenclature utilisée :
« Le DRG » : fait référence au code d'un forfait par cas spécifique.
« Les DRG » : fait référence au système de tarification par forfaits.

4// Complexité des SwissDRG

Phase de convergence



Remarque
Le modèle est dynamique car le base rate moyen reste une cible mouvante.
Il est recalculé annuellement.

Source: Newtone Associates

Bien que l'essence même du concept DRG soit simple, plusieurs éléments additionnels du système doivent être gérés pour permettre son introduction.

La définition du forfait par cas ne se base pas uniquement sur le diagnostic principal mais doit aussi tenir compte des co-morbidités, des procédures opératoires, des facteurs comme l'âge et le sexe ainsi que des règles de groupement et de calcul.

Ajustements

- En plus de son cost weight, chaque DRG est caractérisé par une durée de séjour théorique (intervalle). Les cas hors limites (« outliers ») bénéficient d'un facteur d'ajustement ;
- Certains traitements exceptionnels, tels que des implants spécifiques, donnent droit à une restitution additionnelle (en allemand : « Zusatzentgelte »).

Négociation du base rate

- Pour tenir compte des spécificités régionales ou structurelles, la valeur du « base rate » doit être négociée entre les partenaires tarifaires – Hôpitaux, Cantons et Assurances ;
- L'enveloppe budgétaire globale utilisée dans la définition du base rate doit tenir compte, d'une façon ou d'une autre, des amortissements, de la formation ainsi que de la recherche ;
- Pour permettre une transition progressive entre les coûts moyens du panel et la réalité de chaque établissement (diminution de l'impact financier), une phase de convergence doit être planifiée.

Système de facturation

- En raison des changements structurels du système, la répartition des frais entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire doit être revue ;
- Différents aspects de la planification hospitalière cantonale doivent encore être clarifiés, notamment le subventionnement des établissements privés ;
- La répartition du financement entre Cantons et Assurances doit être confirmée en tenant compte de l'ensemble des facteurs de changement ;
- Les règles de facturation concernant les transferts entre établissements et les ré-hospitalisations doivent être établies ;
- Dans le cadre d'hospitalisation en clinique privée, l'introduction du forfait par cas demandera la création d'une facture unique, censée couvrir la totalité des prestations. Logiquement, celle-ci sera établie par la clinique qui, sur la base d'une négociation, en rétrocèdera une partie aux médecins.

Evolution du système

- Pour tenir compte de l'évolution des techniques de traitement et améliorer le système SwissDRG, le catalogue évoluera chaque année ;
- L'introduction probable de critères d'éligibilité au remboursement d'un DRG spécifique (p.ex. nombre minimal de cas) doit être anticipée.

Certains des points mentionnés ci-dessus dépendent de négociations entre partenaires tarifaires et sont aujourd'hui encore sans réponse définitive. Chaque établissement doit toutefois en comprendre les principes, afin de définir une ligne directrice et anticiper ainsi les impacts de l'introduction des SwissDRG. ■

5// Horizon 2012 et au-delà

Le manque de visibilité des impacts provoqués par l'introduction des DRG favorise une confiance exagérée de certains établissements dans leur capacité naturelle à les affronter.

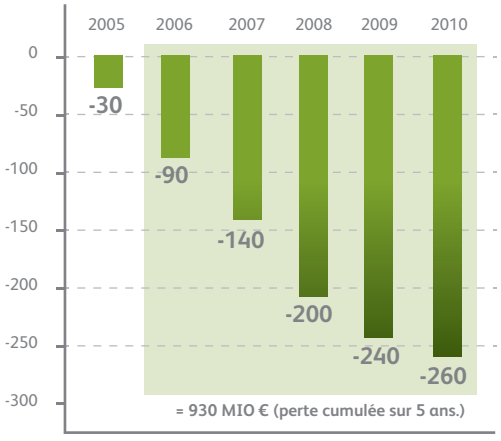
La considération des objectifs politiques liés à l'introduction des DRG ainsi que la réalité des faits observés dans d'autres pays n'autorisent pas cette sérénité.

De façon simpliste, le nouveau mode de financement vise à ralentir l'augmentation des coûts de la santé. En conséquence, l'ensemble des outils disponibles seront utilisés, tôt ou tard, afin de contrôler les dépenses et par conséquent augmenter la pression sur les budgets hospitaliers.

Aucune des expériences vécues par une douzaine de pays lors de l'introduction des DRG ne permet de soutenir l'hypothèse de la neutralité. Des bouleversements importants, parfois même violents, ont toujours suivi le changement de système.

La recherche d'un bénéfice général, lié au financement hospitalier du pays, dans son ensemble, introduit de nombreux risques microéconomiques pour les établissements pris individuellement.

Evolution du résultat opérationnel suite à l'introduction des DRG



Regroupement d'hôpitaux publics en Allemagne.
Estimation du résultat hors subvention et recherche et sans la mise en place de projet liés aux DRG.
Analyse de risques faite deux ans après l'introduction.

Source : Projections faites lors d'un projet en Allemagne

Parmi les multiples impacts, on observe les domaines suivants :

I. Impacts sur les résultats financiers

Les établissements pourraient perdre une partie importante de leur revenu.
Une éventuelle phase de convergence, actuellement en discussion, aurait pour but de faire converger la valeur du point d'un établissement vers une valeur moyenne régionale par exemple. Celle-ci pourrait être bien plus basse que la valeur dont l'établissement aurait besoin pour que son résultat financier soit positif ou pour maintenir l'enveloppe budgétaire actuelle.
Les graphiques montrent l'évolution du résultat financier de deux groupes d'hôpitaux publics en Allemagne. L'abandon de l'enveloppe budgétaire constante et la diminution de la valeur du point ont eu un impact très fort sur leurs résultats – et ceci malgré une adaptation contrôlée et ralentie par une phase de convergence.

II. Impact sur le personnel infirmier

Il a été statistiquement observé en Allemagne que certaines mesures d'optimisation financière ont sévèrement touché le personnel infirmier (25'000 licenciements). Entre autres causes :

- La diminution des charges salariales dictée par la réduction de l'enveloppe budgétaire – « on gagne moins donc on doit licencier ». Cela touche principalement les infirmiers(ières) qui, contrairement aux médecins, sont souvent considéré(e)s comme un centre de coûts.
- La réduction du personnel infirmier entraînée par une diminution du nombre de nuitées – « il y a moins de travail rémunérateur donc on doit licencier ». Cet élément peut être interprété comme une conséquence de la réduction de la durée de séjour, phénomène recherché par la direction des établissements pour réduire les coûts, sans compensation par une augmentation du volume de cas.
- La surcorrection est souvent induite par des mesures prises dans l'urgence. L'expérience montre qu'une part conséquente du personnel licencié a dû être réengagée, dans les deux ans suivant son départ. Il en résulte des coûts supplémentaires (p.ex. plans collectifs ou frais d'engagement) ainsi qu'une douleur sociale accrue.

Résultats financiers avant et après l'introduction des DRG

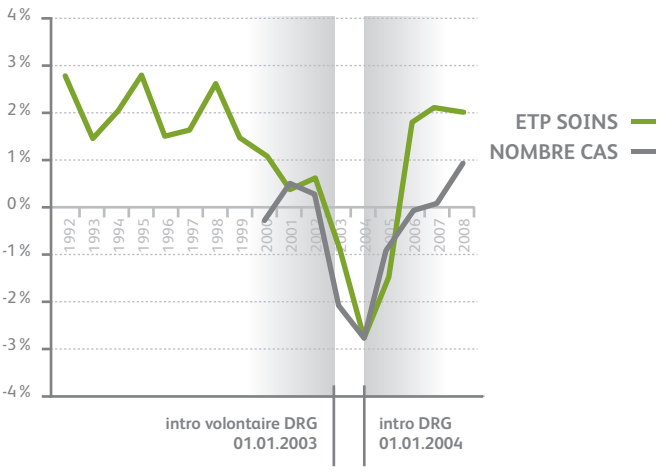
Variation 2003 - 2005 (EBIT)

1	-50%
2	-100%
3	-62%
4	-50%
5	+33%

Hôpitaux universitaires d'une région géographique en Allemagne

Source : Observations faites lors de nos projets

Evolution du personnel infirmier



Source : Statistisches Bundesamt (Destatis), Grunddaten der Krankenhäuser

III. Impact sur les médecins agréés

Partie centrale du système de la santé, les médecins indépendants seront fortement touchés à moyen terme sur leurs revenus et sur la relation qu'ils entretiennent aujourd'hui avec leur patient.

- **Rémunération** : la construction des DRG présuppose une couverture de l'ensemble des charges financières y compris les coûts liés aux prestations de l'opérateur, de l'assistant et de l'anesthésiste. De ce fait, les médecins indépendants ne factureront plus leurs services aux assurances mais aux cliniques. Cette modification de fonctionnement alliée à la répartition d'une enveloppe prédéfinie introduira un changement majeur des structures de rémunération.

L'équilibrage de la baisse des revenus entre cliniques et médecins interviendra toutefois de façon progressive pour deux raisons principales :

- Dépendantes des prestations des médecins agréés, les cliniques sont en position de faiblesse dans les négociations et devront absorber une partie importante de la baisse à court terme. Dans un deuxième temps, la survie financière des cliniques est nécessaire à la pratique des médecins indépendants qui seront forcés de participer à la baisse des revenus.
- Fortement bénéficiaires, les assurances complémentaires viseront un statu quo lors des négociations entre partenaires tarifaires. Ceci ralentira le processus de changement pour tous les participants y compris les médecins.
- **Evolution du statut d'indépendant** : comme décrit dans les chapitres suivants, l'intégration du médecin dans les processus de gestion des établissements hospitaliers est l'une des clés de l'utilisation réussie des DRG. La mise à disposition par le médecin des informations nécessaires à la facturation pourra même dans le cas des cliniques privées, donner lieu à la création d'incitations financières. Combiné au changement du mode de rémunération (honoraires payés par la clinique) ainsi qu'aux incitations financières mises en place, ce renforcement de lien encouragera une relation plus fixe et exclusive, pouvant mener, à plus long terme, à la disparition des cabinets privés des opérateurs. ■

6// Niveau de préparation des établissements hospitaliers

Dans le cadre de l'étude, 14 établissements hospitaliers (25 personnes) ont été rencontrés. Parmi eux figurent deux hôpitaux universitaires, des hôpitaux régionaux, plusieurs cliniques privées ainsi que des médecins salariés ou spécialistes indépendants agréés.

Cartographie des cantons considérés

Pour des raisons de proximité et de cohérence, seuls les cantons romands sont inclus dans l'échantillon statistique. Toutefois, les commentaires généraux des autres chapitres de l'étude tiennent aussi compte d'informations collectées en Suisse alémanique.

Les entretiens conduits montrent que la notion de préparation à l'introduction des SwissDRG diverge considérablement selon les établissements. Alors que certains introduisent des points de réflexion à tous les niveaux de la structure, d'autres gardent une vue relativement limitée, réduisant celle-ci à l'achat du « Grouper » (logiciel de détermination du DRG).

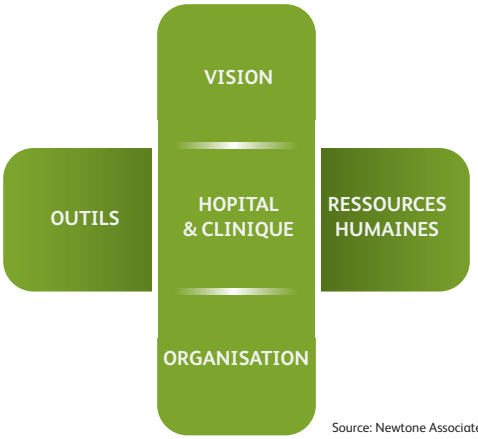
La préparation des établissements hospitaliers au nouveau système doit effectivement prendre en compte différents aspects. En effet, les DRG ayant un impact sur l'ensemble de la structure, chacun des pans constitutifs de celle-ci nécessite une analyse. Pour permettre de conduire cette analyse de façon structurée, un cadre a été choisi parmi différentes options.

Etablissements interviewés

Nombre de lits	Nombre d'établissements interviewés
0-50	2
50-100	2
100-250	4
250-500	4
>500	2

Répartition des établissements en fonction du nombre de lits

Le cycle stratégique des établissements hospitaliers



Source: Newtone Associates

Ce cadre s'appuie sur 4 axes, eux-mêmes subdivisés en 5 sections

La vision définit les objectifs principaux de l'entreprise. Ils sont décrits au travers de différents documents tels que la mission de l'établissement, son plan directeur ainsi que différentes simulations financières. L'ensemble fixe le cap décidé par la direction.
Sections considérées :
1. Degré d'intégration des DRG dans le plan stratégique ;
2. Profondeur de l'expérience de l'établissement dans l'utilisation des DRG (application des AP-DRG) ;
3. Niveau d'implication dans le développement des SwissDRG ;
4. Qualité de l'identification des projets liés à l'introduction des DRG ;
5. Appréciation générale tirée des entretiens.

Les ressources humaines, c'est à dire la totalité du personnel, doit connaître, comprendre et suivre ce cap. Les collaborateurs doivent être impliqués, incités et formés de façon à adhérer aux démarches retenues.
Sections considérées :
1. Existence/niveau de formation des codificateurs(trices) ;
2. Degré d'implication du corps médical et du personnel infirmier dans la gestion des budgets ;
3. Niveau d'expérience dans la gestion du changement ;
4. Qualité/fréquence des relations entre le corps médical, le personnel infirmier et le personnel administratif ;
5. Appréciation générale tirée des entretiens.

L'organisation doit être en adéquation avec les objectifs fixés dans la vision et doit considérer les contraintes liées aux ressources humaines ou matérielles.
Sections considérées :
1. Existence/niveau d'utilisation d'itinéraires cliniques ;
2. Disponibilité et degré de détail des informations financières (p.ex. par service) ;
3. Niveau de présence du personnel administratif par service ;
4. Profondeur de l'expérience dans la conduite de projets de transformation ;
5. Appréciation générale tirée des entretiens.

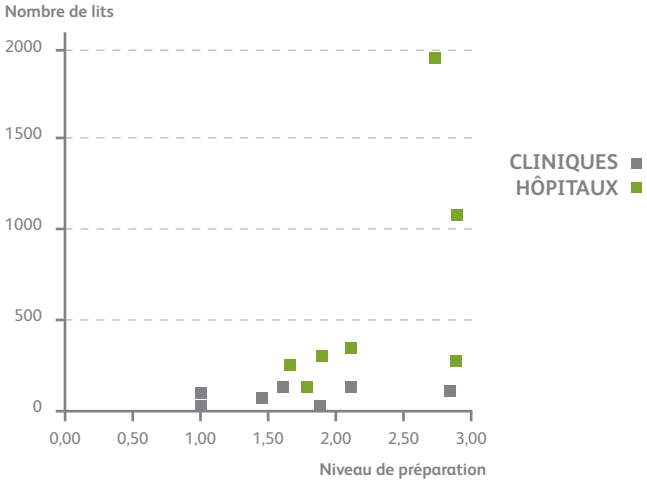
Les outils doivent correspondre aux besoins et doivent être correctement mis à la disposition du personnel pour offrir le service prévu.
Sections considérées :
1. Degré d'utilité des outils de comptabilité analytique (compétences disponibles et base de données adaptée) ;
2. Existence/niveau d'utilisation du Grouper ;
3. Existence de dossiers patients informatisés (DPI) ;
4. Niveau de maturité de l'organisation dans l'utilisation des outils informatiques (RIS / PACS) ;
5. Appréciation générale tirée des entretiens.

Au travers des entretiens menés avec les participants à l'étude, chacune des vingt sections est notée sur une échelle de 1 (faible) à 3 (élevé); une fois les réponses qualitatives traduites en appréciations quantitatives, une moyenne par type d'établissement a été faite. En cas d'absence d'information, la section est exclue et n'a donc pas d'impact sur le résultat global.

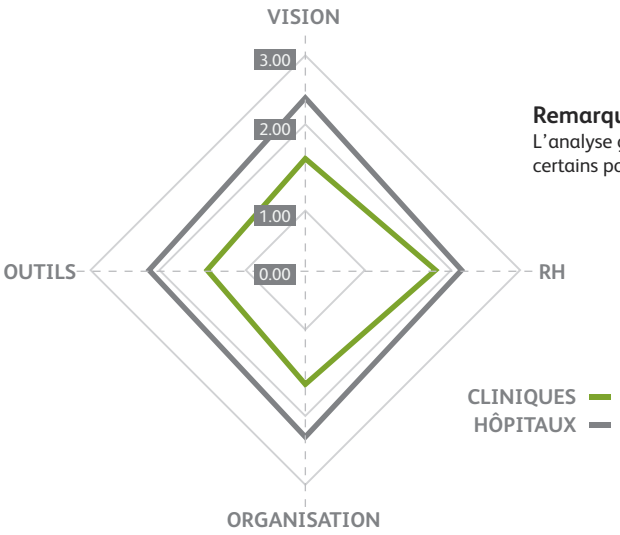
Les résultats

Une lecture initiale des résultats permet d'identifier deux populations. La première est majoritairement représentée par les hôpitaux. Leur habitude des AP-DRG ainsi que la participation des médecins à certains processus de gestion leur permettent d'atteindre un niveau de préparation intéressant. La seconde population, principalement composée des cliniques, apparaît comme nettement en dessous de la moyenne. Ceci s'explique par un manque d'expérience des DRG ainsi qu'une intégration moins forte du corps médical dans la structure administrative et organisationnelle.

Niveau de préparation des établissements



Comparatif des niveaux de préparation



Remarque
L'analyse graphique des quatre axes met en lumière certains points spécifiques pour chaque population.

Hôpitaux

2.4 ■ **La vision**: il apparaît que les DRG sont inclus dans les réflexions de la direction. Toutefois, ceci est abordé de façon réactive et protectionniste. Un pas supplémentaire permettrait d'identifier les stratégies, non seulement pour la mise en place des SwissDRG, mais aussi pour anticiper d'avantage les impacts, identifier les opportunités offertes et développer une stratégie proactive.

2.2 ■ **Les ressources humaines**: bien que les hôpitaux puissent exercer - par leur statut d'employeur - un certain contrôle sur le corps médical et le personnel infirmier, une implication plus forte des médecins dans la gestion de l'établissement est nécessaire. Une collaboration étendue entre personnel administratif, médical et infirmier doit permettre aux deux parties de mieux comprendre leurs contraintes et objectifs respectifs ainsi que les impacts des actions de l'un sur les résultats de l'autre.

2.3 ■ **L'organisation**: une certaine culture de projet et de gestion du changement existe auprès des hôpitaux. Toutefois, sous prétexte de ne pouvoir restreindre la liberté d'action du médecin, les projets structurels conduits ont rarement visé une optimisation des résultats financiers.

2.2 ■ **Les outils**: l'existence de la plupart des données en format électronique ouvre la porte à la mise en place du dossier électronique du patient. De plus, une comptabilité analytique permet l'interprétation des aspects financiers. L'étape suivante pourrait être d'ajouter d'avantage d'interprétation des chiffres ainsi que leur mise à disposition des différents services afin d'orienter leur décision de gestion.

Cliniques

1.7 ■ **La vision**: bien que les cliniques conçoivent clairement leurs domaines de compétences et, de ce fait, leur positionnement sur le marché des soins, peu d'établissements semblent disposer d'une véritable vision stratégique tenant compte de l'introduction des DRG. La faible pression ressentie jusqu'ici au niveau des coûts n'a pas créé le besoin de développer un axe d'évolution de la structure.

1.8 ■ **Les ressources humaines**: les médecins ont disposé d'une forte indépendance tant au niveau de la facturation que des options de traitement retenues. La nécessité de s'inscrire dans une enveloppe financière commune va requérir davantage de complicité entre l'établissement et les corps médicaux et infirmiers, situation encore très limitée aujourd'hui.

1.7 ■ **L'organisation**: le niveau de service élevé proposé par les établissements privés s'appuie aujourd'hui sur des processus flexibles et fortement adaptés aux patients et aux médecins. Une tension entre cette diversité de fonctionnement et la rigueur introduite par les DRG devra être gérée. L'application de procédures administratives nécessaires à la facturation par tarifs forfaitaires sera incontournable.

1,5 ■ **Les outils**: la combinaison des outils utilisés par les cliniques, les médecins ainsi que les services externes, contient l'ensemble des données utiles au calcul des DRG. Ces outils sont toutefois peu intégrés entre eux, créant des ruptures dans la chaîne d'information et limitant l'efficience du traitement administratif. ■

7// Gérer les risques par la mise en place de best practices

Les entretiens menés dans le cadre de cette étude ont permis la création d'un catalogue de mesures lancées par différents établissements pour préparer l'arrivée des SwissDRG. Pour des raisons de confidentialité, aucun rapprochement ne sera fait entre ces solutions et l'établissement concerné. De plus, ces initiatives sont présentées de manière résumée. Le détail peut être discuté avec les établissements intéressés.

La vision (à l'exemple des actions managériales)

PROBLEMATIQUES RENCONTREES	BEST PRACTICES
La mise à disposition tardive du catalogue DRG final demandera d'agir vite.	■ Certains établissement ont acheté, installé et utilisé le Grouper plusieurs mois avant l'introduction des DRG. ■ Avoir engagé les codificatrices trois ans à l'avance.
Considérant que les premiers changements annuels du catalogue G-DRG ont induit une diminution du financement d'env. 4 %, le passage des AP-DRG aux SwissDRG ne sera probablement pas marginal.	Simulation de l'impact financier sur le résultat de l'établissement. Calcul du base rate théorique et l'impact potentiel de différents base rates sur le résultat financier (Clinique, 100 à 200 lits).
Optimiser la gestion de l'établissement dans sa configuration actuelle ne suffit parfois pas à gérer les impacts des DRG. Une remise en question des différents services est nécessaire pour s'appuyer sur les plus rentables.	Plusieurs hôpitaux universitaires allemands ont choisi de se spécialiser dans le traitement de certains cas. Malgré leur obligation d'accepter tout patient, indépendamment du diagnostic, ces établissements ont réussi à bénéficier du système DRG et augmenter, non seulement leur résultat financier mais aussi la qualité du traitement. Le centre hospitalier universitaire de Hambourg (« UKE ») est un excellent exemple.

Remarques de Newtone Associates

Fixer les orientations stratégiques d'un établissement demande de considérer différents aspects comme la mission de l'établissement, l'analyse de l'environnement ou les simulations financières. L'ensemble de ces aspects est interdépendant et tous nécessitent différentes données. La remontée de ces informations est donc critique.

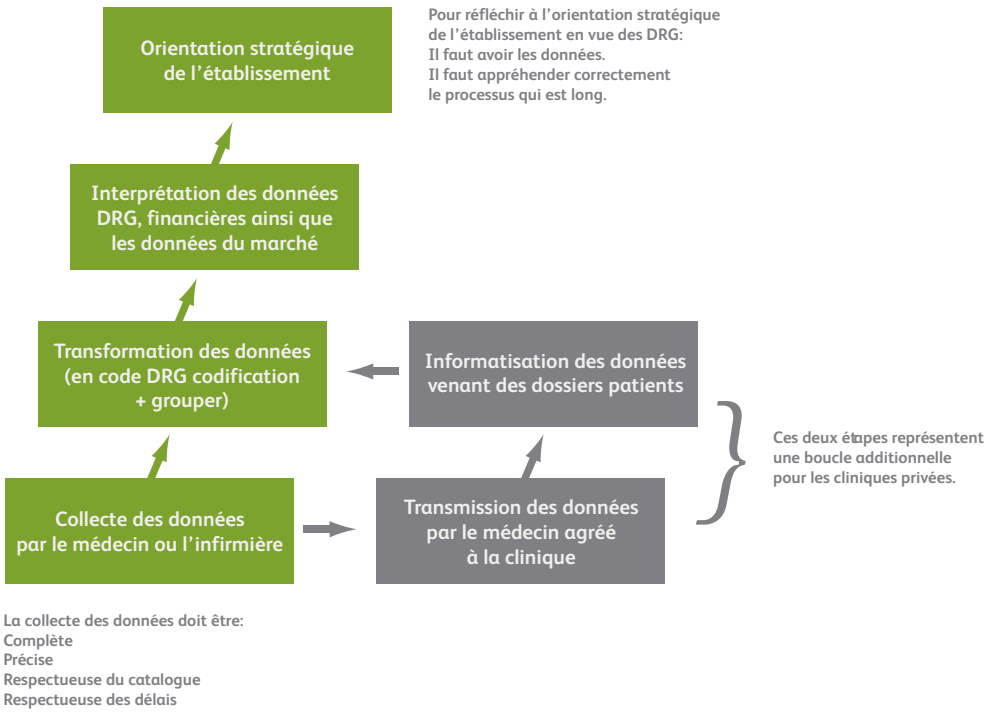
La collecte des données dépend étroitement des médecins, et dans le cas des cliniques, ceux-ci doivent donc être rapidement sensibilisés aux besoins de l'utilisation des DRG. Ils devront également participer à la mise en place des procédures de communication des données nécessaires. ■

La fixation du base rate aura des impacts financiers qu'il faut connaître pour aborder efficacement les négociations entre partenaires tarifaires. En l'absence d'informations concrètes, il est de la responsabilité de la direction d'utiliser des scénarii et de développer la stratégie adéquate. Forts des directions fixées par cette stratégie, les établissements pourraient être en mesure d'influencer la sphère politique notamment en ce qui concerne la détermination des taux.

En résumé, dans son effort de gestion, la direction nécessite :

- Une information, sensibilisation et formation des médecins et du personnel infirmier ;
- Une documentation médicale établie ;
- Des données réalistes ;
- Des codificateurs expérimentés et formés ;
- Un logiciel performant (éventuellement avec une aide à la codification).

L'importance des données médicales


Orientation stratégique de l'établissement
Pour réfléchir à l'orientation stratégique de l'établissement en vue des DRG:
Il faut avoir les données.
Il faut appréhender correctement le processus qui est long.
Interprétation des données DRG, financières ainsi que les données du marché
Transformation des données (en code DRG codification + grouper)
Informatisation des données venant des dossiers patients
Collecte des données par le médecin ou l'infirmière
Transmission des données par le médecin agréé à la clinique
Ces deux étapes représentent une boucle additionnelle pour les cliniques privées.
La collecte des données doit être:
Complète
Précise
Respectueuse du catalogue
Respectueuse des délais

Les ressources humaines (à l'exemple de la collaboration entre l'administration, le corps médical et le personnel infirmier)

La communication entre ces deux acteurs est parfois délicate de par leur divergence de point de vue. Cependant, il est fondamental que chacun connaisse le métier de l'autre. Cette entente est la clé d'une gestion saine et adaptée de l'établissement.

PROBLEMATIQUES RENCONTREES	BEST PRACTICES
Avec des objectifs et une culture fondamentalement différents, le personnel administratif, le corps médical et le personnel infirmier ont historiquement des difficultés à se comprendre. Perpétuer ces problèmes de communication empêcherait la mise en place et l'utilisation efficace des DRG.	■ Mise en place de réunions semestrielles de partage des objectifs budgétaires. ■ Implication des médecins dans le suivi des chiffres (accès au système comptable type SAP). ■ Réunion mensuelle entre chefs de services et responsable administratif. ■ Présence d'un contrôleur de gestion dans les services, facilitant le mélange des cultures. ■ Utilisation des cas concrets rencontrés par les médecins dans l'explication des impacts DRG.
Considérant leur charge de travail déjà très élevée, les médecins ne s'investiront pas dans la mise en place des DRG sans une visibilité claire des objectifs et des bénéfices attendus.	■ Mise en place d'objectifs financiers par département. Ceci s'accompagne d'une responsabilisation des écarts négatifs comme positifs (p.ex. capacité de décision du médecin-chef sur le nombre de postes médicaux adapté à la conduite du service).
Identifier les changements organisationnels requis demande la collaboration entre l'ensemble des acteurs de l'établissement, médecins y compris. Ceux-ci participeront à: ■ La documentation (set complet correspondant au catalogue, documents doivent être mis en ligne sur le dataware house). ■ L'alignement des méthodes de gestion des patients (comparaison entre médecins internes ou externes). ■ L'identification de synergies entre les différents services.	■ Organisation de séminaires annuels visant à former les médecins sur les changements du catalogue DRG et les impacts de ces modifications. ■ Planification de séances afin d'identifier les adaptations de pratiques requises par les changements annuels du catalogue (p.ex. cas ambulatoires vers stationnaires). ■ Apport de la vision administrative lors de l'établissement du planning des opérations. L'objectif est de sensibiliser les médecins à l'impact financier des différences entre les « case mix points » réalisés et budgétés.

Remarques de Newtone Associates

La scission entre certains départements d'une entreprise n'est pas un phénomène nouveau. Elle résulte, la plupart du temps, d'une divergence importante entre les populations qui composent ces groupes, tant au niveau de leurs cultures que de leurs occupations professionnelles. L'une des mesures simples est l'organisation d'activités en commun (team building events) pour faciliter l'abandon des a priori entretenus par les parties.

Une communication améliorée et la transparence apportée par les DRG ne suffiront pas à l'implication des médecins. La définition d'objectifs clairs et compris, ainsi que des incitations liées à ceux-ci, seront requises. La responsabilisation des médecins face à ces éléments représente un facteur clé de succès. Dans tous les cas, les moments actuellement partagés par le corps médical, le personnel infirmier et l'administration devront très fortement augmenter.

De par leur vocation, les DRG provoqueront une intrusion importante dans le fonctionnement actuel des médecins. Sans le nier, les gestionnaires devront considérer les objectifs médicaux à leur juste mesure et débattre ouvertement des alternatives éventuelles. L'expérience acquise en Allemagne montre que cette conciliation est possible tant au niveau de la qualité des soins que de la stabilité financière. ■

L'organisation (à l'exemple de la gestion de la durée du séjour)

La gestion de la durée du séjour sera l'un des changements évidents de l'introduction des DRG. Le modèle actuel de facturation se base sur les jours d'hospitalisation, alors que les DRG n'en tiennent pas compte (dans certaines limites). Une mauvaise gestion des séjours peut coûter cher. Il s'agit donc de faire entrer et sortir le patient au meilleur moment (p.ex. à l'aide d'itinéraires cliniques ou d'un « case management »).

PROBLEMATIQUES RENCONTREES	BEST PRACTICES
Le manque d'information quant à la durée théorique du séjour ne permet pas au personnel médical et infirmier de prononcer la sortie en pleine conscience des impacts financiers.	■ Mise en place d'un suivi quotidien et centralisé des arrivées et des sorties prévues. ■ Prise en compte de la durée anticipée par l'assurance dans la définition d'une date de sortie prévisionnelle. ■ Avertissement des médecins par fax 48 heures avant la sortie prévue.
Une gestion administrative encore peu standardisée et coordonnée ne permet pas l'organisation optimale des sorties et, de ce fait, le respect de la date prévue.	■ Transmission de l'information des durées de séjour à l'ensemble du personnel. ■ Revue des « inliers/outliers » lors d'entretiens avec chaque médecin. ■ Mise en place d'un pré-codage à l'arrivée du patient. ■ Mise en place de projets de soins englobant l'ensemble des prestations, y compris ceux de l'infirmière de liaison. ■ Développement de relations privilégiées avec les EMS (et d'autres établissements de lits B et C) dans le but de faciliter les transferts.

Remarques de Newtone Associates

Le nombre théorique de nuitées prévu par les DRG peut changer selon les cas. Cette éventuelle différence, généralement faible, ne justifie toutefois pas le renoncement aux bénéfices procurés par l'anticipation de la date de départ du patient.

De plus, il est indispensable de rappeler régulièrement au médecin hospitalier en charge de cette date de sortie afin de prévoir les actes préalables à la sortie (p.ex. radiographie, examens laboratoire). Ceci permettra d'éviter les surprises et ainsi un report de sortie causé par une analyse manquante.

Enfin, la gestion centralisée et complète de chaque cas (case management) ainsi que la définition de l'itinéraire clinique adapté (clinical pathway) représentent des pistes de réflexion prometteuses dans la recherche de processus de soins financièrement efficients. ■

Les outils (à l'exemple de l'utilisation des moyens informatiques pour la codification des cas)

Cet exemple s'applique principalement aux cliniques plutôt qu'aux hôpitaux.

PROBLEMATIQUES RENCONTREES	BEST PRACTICES
L'introduction des SwissDRG n'implique pas uniquement un nouveau type de facturation mais aussi une adaptation des procédures, afin que les actes médicaux soient documentés et exécutés de manière optimale. La migration des dossiers papiers vers une version électronique en fait partie.	La grande majorité des hôpitaux dispose d'un outil informatisé de gestion du dossier-patient qui est utilisé par l'ensemble des services garantissant que les données soient complètes et la facilité de communication.
La codification des actes est encore délicate pour les cliniques. Les informations médicales, nécessaires à la définition du forfait, sont peu accessibles car physiquement détenues par les médecins indépendants. De plus, le résultat de la codification dépendra du niveau de compétence disponible pour le faire. Disponibilité de bons logiciels en français.	■ Intégration des outils gérant les données du patient qui nourrissent le Grouper, lui-même doté de fonctionnalités d'aide à la décision. ■ Recrutement de collaborateurs chargés de la codification des prestations 3 ans avant l'introduction. ■ Utilisation des outils avant l'introduction des SwissDRG.

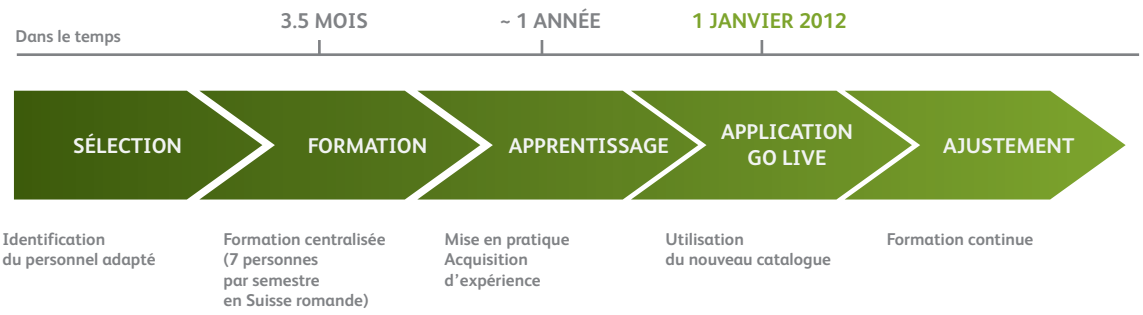
Remarques de Newtone Associates

Réduire la notion de DRG à l'introduction du Grouper est une tendance dangereuse parfois observée. N'importe quel outil n'aura de sens que si son utilisateur a été bien renseigné et qu'il est compétent. Clarifier les besoins en données avec les médecins et disposer de celles-ci dans le format adéquat sont des pré-requis à toute implémentation technique.

D'autre part, les softwares de dernière génération ne sont aujourd'hui disponibles qu'en allemand. Les fournisseurs de logiciels contactés nous ont informés qu'en effet la priorité est donnée à la Suisse alémanique pour des raisons de simplicité et d'intérêts énoncés (peu de discussions commerciales menées avec les acteurs romands). Cela représente une difficulté additionnelle pour les établissements francophones.

Enfin, la formation des codificateurs et l'installation d'un « grouper » constituent des projets conséquents, bien que cela ne représente que l'une des étapes du processus global. ■

La formation des codificateurs et codificatrices



8// Conclusion

Grâce à l'utilisation des AP-DRG, les hôpitaux publics et parapublics romands sont mieux préparés que les cliniques. Malgré l'observation d'une certaine maturité quant aux 4 axes d'analyses, la fracture entre ce système et les SwissDRG reste toutefois sous-estimée, introduisant un niveau de confiance dangereux. Déjà sensibilisé aux changements organisationnels, le corps médical des hôpitaux devra maintenant tolérer différents projets d'optimisation financière, égratignant la conscience qu'il a de sa liberté thérapeutique. Quant au personnel infirmier, clé dans la coordination des soins, il doit être vu comme une passerelle entre médecins et gestionnaires.

Les cliniques font face à un défi de taille. Leur organisation, leurs outils ainsi que la relation qu'elles entretiennent avec les médecins agréés sont aujourd'hui peu adaptés à l'introduction des DRG. Un portefeuille d'initiatives va devoir être lancé pour dépasser ces blocages et concernera aussi bien les aspects techniques que la communication et le partage d'information entre acteurs.

La situation des hôpitaux alémaniques, exclus de cette étude, semble correspondre à un mélange des deux groupes étudiés. Bien que leur organisation apporte quelques avantages face à celle des cliniques, le manque d'expérience des DRG réserve des surprises probablement amères. La plupart des commentaires, faits dans les chapitres précédents, peuvent être appliqués à leur cas.

Quel que soit l'établissement, le passage aux SwissDRG offre des opportunités à qui sait les voir et les concrétiser. Un système se basant sur la moyenne des prestations implique qu'il y aura toujours des acteurs perdants – présentant des coûts d'exploitation plus élevés que la moyenne – ainsi que des acteurs gagnants, plus efficaces que la moyenne. Il est de la responsabilité de chaque établissement de définir sa vision stratégique et de mettre en place les mesures impératives au succès.

Le temps disponible à la mise en œuvre des projets de préparation est très limité. Au 31 août 2010, il restera environ 500 jours, soit peu plus de 300 jours ouvrables. Les informations concrètes disponibles à ce jour restent limitées. Il est toutefois nécessaire d'établir certaines hypothèses et de tirer des leçons de l'expérience allemande, afin d'anticiper les changements majeurs. ■

Remerciements

Nous souhaitons remercier l'ensemble des personnes qui a contribué à la création de cette étude. Plusieurs nous ont accordé leur temps au travers de discussions ouvertes et généreuses. Sans elles, ce document n'aurait pas pu être réalisé. ■

Disclaimer
Le présent document a été élaboré par Newtone Associates SA et n'est pas le résultat d'une étude réalisée par des tiers. Ce document a un caractère purement informatif et ne constitue ni une offre de vente ou d'achat de conseils et services, ni un élément contractuel. Les informations reprises dans ce document proviennent de différentes sources. Newtone Associates SA apporte le plus grand soin dans le choix des sources de données ainsi que dans la transmission de ces informations. L'information contenue dans ce document ne doit ni être considérée comme faisant autorité, ni être substituée par quiconque à l'exercice de son propre jugement, et est susceptible de modifications sans préavis. Newtone Associates SA ne pourra être tenue responsable des conséquences pouvant résulter de l'utilisation de ces informations.
La reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, des pages, des données et de toute autre élément constitutif de ce document, par quelque procédé ou support que ce soit, est interdite et constitue, sans autorisation de Newtone Associates SA, une contrefaçon.

NEWTONE ASSOCIATES

Newtone Associates SA
16 Quai du Seujet
CH-1201 Genève
www.newtone-associates.com

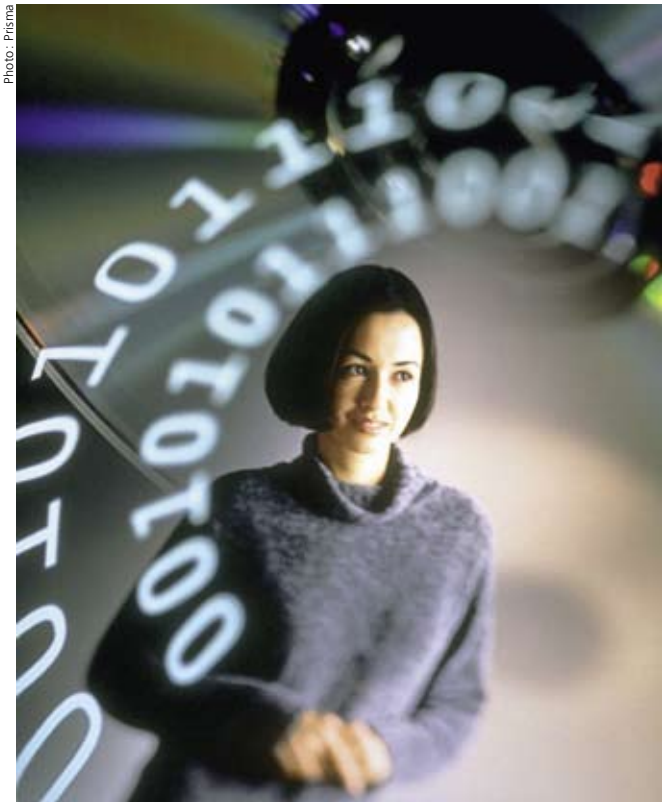
Objectif visé : un contrôle sérieux des factures et non pas un « patient transparent »

Avec le système DRG aussi, les assureurs-maladie ne veulent pas plus de données que nécessaires

Le système DRG a été adopté. L'époque des forfaits journaliers touche à sa fin – du moins en ce qui concerne les traitements hospitaliers stationnaires ; le temps des contrôles de facture relativement simples est donc également révolu. Les assureurs-maladie doivent savoir pourquoi un patient a dû aller à l'hôpital et comment il y a été traité, afin d'effectuer des contrôles efficaces et objectifs. Ces contrôles suscitent des doutes quant à la protection des données. Nous souhaitons dissiper les peurs infondées et répondre aux principales questions relatives à la protection des données, au système DRG et au contrôle des factures.

Les assureurs-maladie demandent plus de transparence afin de pouvoir contrôler les factures hospitalières dans le cadre du système DRG. Cette revendication est-elle en contradiction avec le secret médical et la protection des données ?
Non. Aujourd'hui déjà le fournisseur de prestations doit, en vertu de la LAMal, établir une facture détaillée et compréhensible afin que l'assureur puisse calculer le remboursement et contrôler l'économicité de la prestation. En déterminant le remboursement, les données liées au patient et au traitement font naturellement partie de la facturation et ne sont donc pas contraires au secret médical ou à la protection des données. Il va cependant de soi qu'il faut traiter les données obtenues avec soin.

Photo : Prisma



Le « patient transparent » est un slogan qui empêche toute discussion objective.

Le danger n'est-il pas de rendre les données médicales du patient trop « transparentes » ?
L'expression du « patient transparent » sert avant tout à attiser les peurs et à bloquer toute discussion objective. Aujourd'hui déjà, les assureurs-maladie utilisent les données des patients de telle sorte qu'elles sont inaccessibles en dehors du contrôle des factures. Le système DRG n'y changera rien. Les assureurs-maladie sont conscients du fait que les données relatives au diagnostic, particulièrement sensibles, doivent être traitées avec le plus grand soin.

Concrètement, quelles sont les données réclamées par les assureurs ?
Les assureurs-maladie ont besoin des données nécessaires à la classification du traitement hospitalier dans le système DRG. Font notamment partie de ces données, les traitements effectués durant le séjour hospitalier et les diagnostics correspondants. Les assureurs-maladie doivent savoir pourquoi un patient a dû aller à l'hôpital et comment il y a été traité. Ils n'ont pas besoin d'autres données sur quelque autre maladie, non pertinentes pour le traitement.

Que se passe-t-il si les assureurs-maladie ne reçoivent pas ces informations ?
Lorsqu'une facture ne peut être contrôlée, elle ne peut en principe pas être remboursée. Il en va de même dans la vie quotidienne : personne ne paiera une facture sans connaître la prestation fournie.

Pourquoi les assureurs doivent-ils absolument connaître les diagnostics pour contrôler les factures ?
Avec les DRG (« diagnosis related groups »), comme son nom l'indique, tous les partenaires ont choisi un système fortement axé sur les diagnostics. Sans ceux-ci, ce système ne fonctionne pas. Le montant de la facture dépend au final du diagnostic et du traitement effectué.

BEAT KNUCHEL / MAUD HILAIRE SCHENKER

En coulisses, que fait le «codeur»?

L'introduction du SwissDRG est imminente. Pour que le système fonctionne, des experts doivent répartir les patients dans les bons groupes de cas. La tâche n'est pas si abstraite et sèche qu'elle y paraît. Les codeurs travaillent déjà dans de nombreux hôpitaux – nous avons rencontré l'un d'eux, Roland Wirthner, à l'hôpital de l'Ile.

Ils travaillent dans un bâtiment proche du complexe hospitalier, et cependant, ordinaire. Leur lieu de travail est à l'image de leur position dans le système de santé: les codeurs sont une liaison entre l'hôpital et le monde extérieur.

Depuis 2004 déjà, l'hôpital de l'Ile utilise les AP-DRG. A leur sortie de l'hôpital, tous les patients sont classés, en fonction des diagnostics et des traitements effectués, par groupe de cas (DRG). Le DRG détermine ainsi notamment le montant de la facture. Les codeurs veillent à ce que chaque patient reçoive le bon DRG. Roland Wirthner est l'un des treize codeurs de l'hôpital de l'Ile à Berne. Dans sa spécialité, la chirurgie cardio-vasculaire et la cardiologie, il contrôle chaque matin la liste des patients sortis de l'hôpital. Parfois, des cas restent encore en suspens. R. Wirthner reporte au lendemain les cas compliqués qui lui parviennent en fin d'après-midi. Selon lui, «la concentration est meilleure le matin».

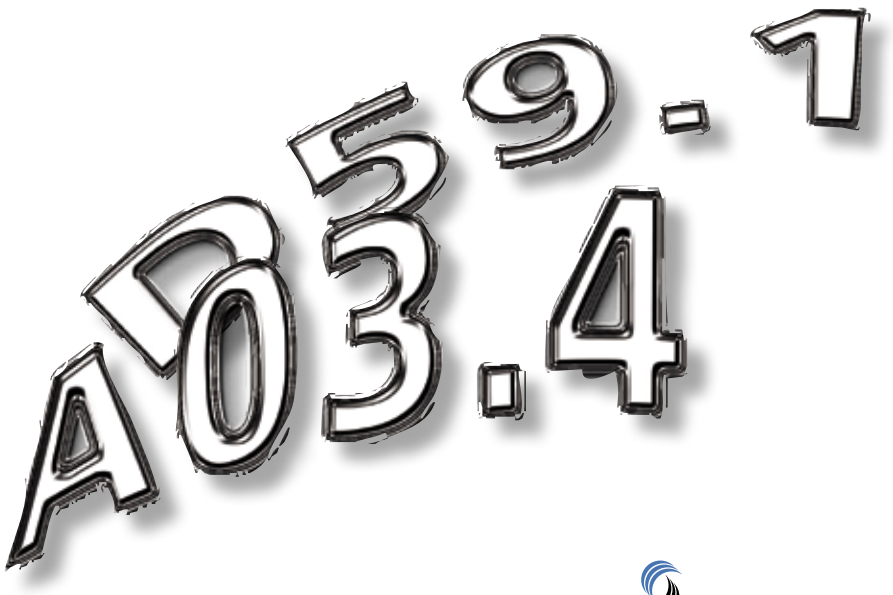
Un système ingénieux

Une fois réglés les cas du jour précédent, R. Wirthner s'attaque aux nouveaux dossiers. Le système de saisie des patients de l'hôpital transmet directement dans son programme de codage les données principales du patient, comme ses dates d'entrée et de sortie de l'hôpital. R. Wirthner peut alors commencer son travail. Il cherche dans la banque de données de l'hôpital les rapports d'entrée, d'opération et de sortie. Après les avoir lus, il détermine le diagnostic principal sur la base du système de classification CIM-10 (classification internationale des maladies) et lui attribue un code approprié. Les règles détaillées remplissent trois gros volumes. Les codes des différentes maladies sont dûment différenciés – du moins pour un non-initié. R. Wirthner consulte rarement le manuel de codage. Grâce à son expérience, il connaît un grand nombre de codes par cœur. Pourtant, au moindre doute, il interroge la «bible du codage». Il en va de même avec les diagnostics secondaires, les patients hospitalisés souffrent en effet souvent de plusieurs pathologies. Après les diagnostics, R. Wirthner s'occupe du codage des traitements – mais pas de tous. Les mesures pour établir le diagnostic et les traitements simples, peu coûteux ou découlant logiquement du diagnostic principal, ne sont pas codés.

Le programme possède maintenant toutes les informations nécessaires. A partir des diagnostics et des traitements, l'ordinateur définit un groupe de cas (APDRG) qui sert de base pour dresser la facture de l'hôpital. Les données sont aussi transmises – en respectant naturellement l'anonymat – à la direction de la santé du canton de Berne et à l'Office fédéral de la statistique, qui reçoivent ainsi des informations précieuses.

Interprétation interdite

Le codage se fait-il toujours aussi simplement? Non, répond R. Wirthner. Cette tâche présente aussi des difficultés. Ainsi, les rapports des médecins sont souvent volumineux et leur rédaction n'est pas standardisée, ce qui ne facilite pas toujours la recherche des diagnostics (principaux et secondaires). «Mais le codeur n'interprète pas. Si un diagnostic ne ressort pas clairement des rapports, il choisit un code plus général qui est à coup sûr exact.» Il ne demande des renseignements complémentaires aux médecins que dans les cas particulièrement complexes ou coûteux. «Les cliniciens ne seraient guère enchantés si nous leur posions des questions à la moindre imprécision. Nous résolvons la plupart des problèmes au sein de notre équipe. Nous apprenons beaucoup de ces échanges. En matière de codage, le travail en équipe est essentiel.» La quantité des textes à lire pose aussi problème. «Il nous faut des techniques de lecture spéciales. Sinon, il est impossible de maîtriser l'énorme quantité de données relatives aux cas traités chaque année par l'hôpital de l'Ile», souligne R. Wirthner.



Prêt pour l'introduction du SwissDRG

La loi exigera ce que l'hôpital de l'Ile fait depuis 2004. Tous les hôpitaux suisses devront bientôt facturer uniformément selon le système SwissDRG. R. Wirthner envisage ce changement avec sérénité. «L'année prochaine déjà, nous nous préparons à l'introduction du Swiss-

DRG en recourant au système beaucoup plus complexe CIM-10-GM. Nous élargirons aussi notre catalogue de classification des opérations. Ce sera une sorte de répétition générale.» R. Wirthner esquisse un sourire entendu lorsque nous lui demandons s'il est satisfait de ses activités. «Ce travail quotidien paraît sec, mais il est en réalité extrêmement intéressant. Non seulement on apprend beaucoup sur l'aspect thérapeutique des maladies, mais on acquiert aussi une très bonne vue d'ensemble des aspects économiques et éthiques du domaine de la santé.»

PETER KRAFT

Entretien avec Henrik Pfahler, chef du département ProCod de l'hôpital de l'Ile

Combien de codeurs sont employés par l'hôpital de l'Ile ?
Nous employons treize codeurs avec des taux d'occupation de 20 à 100%, ce qui correspond au total à environ sept postes à temps plein (700%).

Parmi eux, combien sont médecins et combien sont issus d'autres professions ?
A l'heure actuelle, environ un tiers sont des médecins et deux tiers sont du personnel soignant. Nous nous efforçons toutefois d'atteindre une proportion respective de 50%. Une telle répartition permettrait une représentation équitable des médecins et du personnel soignant.

Les codeurs de l'hôpital de l'Ile ont-ils suivi une formation continue spécifique ?
Il est important que le personnel soignant dispose d'une expérience clinique pour pouvoir interpréter correctement les comptes-rendus médicaux et opératoires. Les possibilités de perfectionnement existent et depuis peu, un examen professionnel fédéral a même été instauré. Cependant, l'appellation de «codeur» n'est pas encore une qualification professionnelle courante assortie d'une formation uniforme.

Les codeurs sont-ils employés à 100 % ou continuent-ils d'exercer leur métier d'origine, en tant que médecin par exemple ?
A l'hôpital de l'Ile, les codeurs sont exclusivement employés pour cette tâche. Beaucoup exercent toutefois des activités complémentaires spécifiques, comme organiser la formation continue de l'équipe ou être en contact avec les médecins-conseils des assureurs-maladie.

Les expériences de l'hôpital de l'Ile avec les forfaits DRG sont-elles positives ?
Il y a des avantages et des inconvénients. D'une part, avec les forfaits par cas, les charges administratives augmentent. D'autre part, le codage médical offre de nombreuses possibilités au niveau de l'analyse des prestations, de l'assurance-qualité et des comparaisons avec d'autres établissements hospitaliers. Les hôpitaux peuvent se situer par rapport à d'autres prestataires.

Dans quelle mesure ces informations sont-elles utiles pour les décisions stratégiques de la direction de l'hôpital ?
Elles révèlent quels cas graves sont traités par un hôpital et de quelle manière. Les informations concernant le codage sont donc très importantes pour dresser le budget ou négocier des conventions de prestations.

Quels sont pour vous les avantages ou les difficultés de l'introduction de SwissDRG ?
Nous aurons 1200 forfaits DRG contre les 600 à 900 actuellement. Avec le SwissDRG, les analyses seront plus précises et la comparabilité meilleure. Cependant, un système d'une telle complexité doit être non seulement bien exploité, mais aussi bien surveillé et géré. Moins de forfaits DRG allégeraient sans doute le système. Mais on a constaté en Allemagne qu'il n'était pas possible, avec 600 à 700 forfaits DRG, de représenter le spectre complet de la médecine moderne de façon précise.

Ces avantages justifient-ils le surcroît de charges administratives ?
Ne nous voilons pas la face : le SwissDRG est introduit pour augmenter la pression sur les hôpitaux et freiner la hausse des coûts. En tant qu'hôpital universitaire, nous espérons que le système SwissDRG permettra de représenter parfaitement la médecine de pointe – tout du moins lorsque le nombre de cas en Suisse est suffisant pour un calcul pertinent. Pour les cas plus rares, d'autres moyens doivent être utilisés.

L'hôpital de l'Ile affirme que les erreurs de codage ont fortement diminué ces dernières années. Comment ces erreurs sont-elles repérées ?
Nous choisissons de manière ciblée certains cas que nous recodons. Par ailleurs, en plus des règles de codage officielles, nous avons développé en interne une norme de codage afin de minimiser les erreurs. Des contrôles externes, ordonnés par le canton, examinent également les faiblesses systématiques de notre codage. Puis, lorsque les assureurs-maladie rejettent des cas, nous les retraitons et découvrons parfois des erreurs. En ce sens, j'apprécie ces contrôles.

INTERVIEW: PETER KRAFT

SwissDRG 2012 : la LAMal n'est pas une loi sur le financement des hôpitaux

Depuis 2002, de nombreux hôpitaux décomptent leurs prestations avec le système APDRG, sorte de précurseur du système SwissDRG applicable dès 2012. La seule différence est que le second donne une représentation plus précise des prestations et prend mieux en compte la pathologie des patients et le degré de gravité de la maladie. On pourrait donc croire que tout est parfait.

Or, les critiques concernant le futur système de forfaits par cas fusent de toutes parts. Un amalgame est en effet souvent fait entre «le modèle d'indemnisation basé sur les forfaits par cas» et les adaptations, pour certaines assez drastiques, du financement des hôpitaux – qui n'ont pourtant aucun rapport.
Aussi est-il intéressant d'évoquer l'indemnisation des investissements. Dès 2012, les tarifs de l'assurance-maladie devront également inclure l'indemnisation des coûts des équipements et des installations nécessaires pour la fourniture des prestations. Les coûts des prestations hôtelières et l'utilisation des blocs opératoires et des appareils médicaux en font notamment partie. Mais quel montant ces coûts peuvent-ils atteindre? Un hôpital peut-il les définir sans tenir compte d'un taux d'occupation insuffisant et sans tenir compte des besoins effectifs en matière de soins? Comment empêcher par exemple que le cofinancement d'appareils onéreux pour la réalisation d'IRM n'augmente encore davantage la densité des appareils?

La loi sur l'assurance-maladie n'est pas une loi sur le financement des hôpitaux

Il est important de rappeler que le but de la LAMAL est de réglementer l'indemnisation des prestations dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les prestations ne doivent pas seulement être efficaces et appropriées, elles doivent aussi être économiques et répondre à un niveau de qualité requis pour que le fournisseur de prestations puisse prétendre à leur paiement. En revanche, l'objectif de la LAMAL n'est pas d'aider les hôpitaux à couvrir leurs coûts (d'exploitation et) d'investissement résultant d'un faible taux d'occupation ou d'erreurs d'investissement. Ce risque doit toujours être supporté par l'hôpital ou son répondant financier. Dans le cas contraire, l'idée même d'un financement basé sur les prestations n'aurait aucun sens. Le financement sur la base des structures se poursuivrait, ce à quoi le législateur voulait justement mettre un terme.

Par voie d'ordonnance (notamment l'article 10a OCP), le Conseil fédéral a défini les directives de mise en œuvre adéquates. Certes, celles-ci sont contestées par ceux qui raisonnent en termes d'économie d'entreprise. Mais ces derniers doivent aussi prendre conscience que dans un système imposant l'obligation de contracter, les prix deviennent rapidement trop onéreux si des évaluations «nébuleuses» sont prises en compte en lieu et place de valeurs d'acquisition justifiables et si la structure de capital, différente d'un hôpital à l'autre, prend le pas sur une rémunération fixe. La demande de l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse, visant une modification des dispositions de l'OCP, doit donc être clairement rejetée.

Pas de différenciation des prix de base selon les catégories hospitalières

De même, les hôpitaux universitaires exigent de pouvoir facturer un prix de base plus élevé que les autres hôpitaux pour des prestations identiques. Or, aucun des arguments avancés n'est convaincant :

- *Degré de difficulté des traitements :* les hôpitaux qui soignent des patients plus gravement malades et réalisent des traitements plus complexes bénéficient déjà avec le système SwissDRG d'un forfait plus élevé. Les coûts, liés au traitement, (indice de coûts relatifs x prix de base = montant de la facture) sont en effet plus importants que pour des traitements plus simples. Une prise en compte supplémentaire de ce degré de difficulté par l'intermédiaire du prix de base n'est pas envisageable dans le système.
- *Prise en compte insuffisante des prestations complexes :* l'argument avançant que le système SwissDRG ne prend pas suffisamment en compte les prestations des hôpitaux universitaires ne tient pas la route. Bien au contraire, alors que tous les hôpitaux universitaires mettent leurs données à disposition en guise de base de calcul pour la structure tarifaire, c'est loin d'être le cas pour les autres hôpitaux.

Photo : Keystone

Les nouveautés suscitent parfois des réticences. C'est souvent une question de temps.

- *Prix de revient plus élevés :* les hôpitaux universitaires font aussi valoir des coûts plus élevés pour la fourniture des prestations. Ces coûts seraient notamment induits par la part élevée des frais de recherche et d'enseignement (universitaire) ainsi que par les avances sur prestations plus importantes. Or, ces coûts ne peuvent justement pas être pris en charge par l'assurance-maladie. Ils ont un caractère d'intérêt public et doivent donc être financés par le répondant des coûts de l'hôpital ou par les pouvoirs publics.

Le seul argument qui pourrait éventuellement entraîner une hausse des tarifs serait la preuve d'une qualité plus élevée des traitements prodigués dans les hôpitaux universitaires. Mais sans mesures de qualité uniformes et fiables dans toute la Suisse et par conséquent sans données transparentes permettant d'étayer cette position, les discussions sont stériles.

Innovations et nouvelles prestations

Dans le système DRG, le terme d'innovation est avant tout associé à une forme d'indemnisation supplémentaire, à savoir «l'indemnisation des innovations». Il est donc sous-entendu que les forfaits par cas basés sur les prestations freineraient de manière générale les innovations. Cette thèse est fausse :

- La structure tarifaire DRG indique simplement dans quelles proportions les moyens financiers doivent être répartis, mais elle ne précise pas le montant de ces moyens.
- Les innovations n'entraînent pas forcément une hausse des coûts, elles peuvent même provoquer l'effet inverse voire améliorer la qualité.
- L'innovation n'est pas forcément gage de qualité. Or, une prestation ne peut être financée au titre de l'AOS que si son efficacité, son adéquation et son économicité ont été démontrées. Il est essentiel de délimiter clairement les innovations et la recherche.
- Les forfaits par cas permettent de financer un «paquet» de prestations individuelles (diagnostic, intervention, soins, etc.). Une innovation concernant l'un de ces éléments doit être évaluée en tenant compte de ses répercussions sur les autres composantes.
- Le volume de coûts concerné est minime (de l'ordre de 1 à 2%).

Il convient d'en tirer les conclusions suivantes :

- Le terme d'innovation reste flou, lorsqu'il s'agit de la tarification des prestations. Il serait donc plus judicieux de parler de «*nouvelles prestations*».
- Les nouvelles prestations doivent également satisfaire aux critères EAE.
- Le simple fait, par exemple, qu'une nouvelle méthode de traitement existe ne signifie pas forcément qu'elle soit mal indemnisée.
- La LAMal exige l'indemnisation des traitements stationnaires sur la base de forfaits. Ce principe doit aussi s'appliquer aux nouvelles prestations.

En résumé, la question des nouvelles prestations ne peut être résolue de manière adéquate par l'intermédiaire de la structure tarifaire. Les expériences recueillies en Allemagne révèlent que le processus d'indemnisation des nouvelles méthodes d'investigation et de traitement est extrêmement laborieux. Il faudrait donc éviter de mettre en place des processus aussi complexes, qui plus est incompatibles avec les conditions en vigueur en Suisse (pas de négociations budgétaires, pas de liste positive des prestations).

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les prestations stationnaires sont indemnisées au moyen de forfaits sans que cela n'ait entravé d'une quelconque manière les innovations. Il n'y a donc aucune raison de penser qu'un nouveau système de forfaits, qui garantit de surcroît une bien meilleure répartition des moyens financiers que les systèmes précédents, soit préjudiciable dans ce domaine.

BEAT KNUCHEL

Pour dissiper les doutes, la qualité sera mesurée avant et après l'introduction des SwissDRG

Forfaits par cas et qualité vont de pair

Photo: Keystone

A l'heure actuelle déjà, plus de la moitié des prestations hospitalières stationnaires est facturée par le biais du système APDRG. Les assureurs-accidents appliquent aussi depuis longtemps déjà les forfaits nationaux DRG.

L'introduction imminente des forfaits par cas liés au diagnostic suscite de vives inquiétudes : « couverture médicale insuffisante », « sorties d'hôpital prématurées », « baisse de la qualité » etc. Toutefois, l'exemple de l'Allemagne – et de certaines régions de Suisse – prouve que ces craintes sont sans fondement.

Aucune étude n'a révélé une éventuelle baisse de la qualité après l'entrée en vigueur du système G-DRG en Allemagne. Au contraire, l'amélioration de la comparabilité et de la transparence des mesures de qualité dynamise la concurrence, à moyen terme, au niveau de la qualité. Par ailleurs, la concentration économique inéluctable des hôpitaux sur quelques domaines débouche sur une spécialisation et une augmentation du nombre de cas traités. Un système similaire est déjà opérationnel en Suisse : à l'heure actuelle, plus de la moitié des prestations hospitalières stationnaires est déjà facturée par le biais du système APDRG, notamment en Suisse romande et en Suisse centrale. Berne et d'autres cantons appliquent le système DRG sur tout leur territoire. Ils ont en l'occurrence adopté un forfait par cas lié aux prestations soumis à une comparaison tarifaire rigoureuse et partant à une pression économique très forte. Les hôpitaux concernés rejetteraient avec véhémence les critiques leur reprochant de ne plus répondre aux exigences de qualité – et ils auraient raison de le faire.

Mesures de la qualité des hôpitaux

Pour éviter les effets redoutés, les partenaires tarifaires, autrement dit H+ et santésuisse, doivent joindre une proposition commune à la demande d'approbation soumise au Conseil fédéral. Celle-ci doit contenir des instruments et des mécanismes garantissant la conservation du niveau de qualité actuel dans le cadre de la mise en œuvre du tarif. Les partenaires tarifaires ont chargé l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) de leur présenter un concept visant à mesurer la qualité des prestations dans les hôpitaux avant et après l'introduction des SwissDRG. L'ANQ est issue de la fusion du Service national de coordination et d'information pour la promotion de la qualité (CIQ) et de l'Association intercantonale pour l'assurance qualité dans les hôpitaux. Ses membres sont H+, santésuisse, la CMT (Commission des tarifs médicaux SUVA) et l'ensemble des cantons. L'ANQ est censée devenir la plateforme nationale suisse pour les mesures de la qualité. Ainsi, les experts de l'ANQ ont défini plusieurs critères permettant d'évaluer la qualité des prestations hospitalières. Les indicateurs actuellement évalués sont les infections nosocomiales (infections contractées dans les hôpitaux) selon le système SwissNoso, les réhospitalisations et les réopérations selon SQLape. D'autres éléments viendront compléter ces indicateurs, les experts mettant continuellement au point de nouvelles mesures appropriées.

Mais l'évaluation effective de la qualité des prestations avant et après l'introduction de SwissDRG suppose que tous les hôpitaux suisses participent aux mesures et communiquent leurs résultats en toute transparence. C'est à ce prix que le nouveau forfait lié aux prestations n'entraînera pas de baisse de la qualité.

La qualité, critère prépondérant dans la fixation des tarifs

Conformément à l'article 49 LAMal, les tarifs hospitaliers sont «déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse». Cette disposition s'applique non seulement aux hôpitaux facturant selon le système SwissDRG, mais aussi à tous les autres domaines tels que la psychiatrie, la réadaptation etc. Cet article de loi met clairement en évidence combien la qualité jouera à l'avenir un rôle prépondérant dans la fixation des prix. santésuisse salue les activités de l'ANQ et demande que ses experts donnent une définition précise de la «qualité nécessaire». Cette dernière est en effet indispensable pour les négociateurs de l'association de la branche et pour les cantons.

MICHAEL ROLAZ

Un obstacle : la communication des données

L'indemnisation des séjours hospitaliers sera profondément modifiée par l'introduction du système SwissDRG. Alors que jusqu'à maintenant, dans le cas le plus simple, le nombre de jours que durait le séjour hospitalier était multiplié par le forfait journalier, à partir de 2012 les factures seront établies à partir de forfaits par cas. Qu'est-ce que cela signifie concrètement ?

Dans le système SwissDRG, on établit pour chaque patiente et patient un diagnostic principal et des diagnostics secondaires et c'est sur cette base que les traitements sont entrepris. Ces indications sont codées, ce qui signifie que les codes des diagnostics et traitements sont saisis et, à l'aide d'un logiciel de regroupement appelé groupeur, automatiquement transformés en DRG (Diagnosis Related Group = groupe de pathologie par diagnostic). Chaque groupe de cas a son propre poids appelé cost weight. Ce dernier indique le poids des frais de traitement moyens des patients d'un groupe DRG. En multipliant ce cost weight par le prix de base convenu contractuellement, on obtient le montant à facturer. Le prix de base, plus exactement le prix du point par lequel est multiplié le cost weight, correspondra, lors de l'introduction du système SwissDRG, au prix de base de chaque hôpital.

Par rapport au système actuel, il est donc évident que la facturation par l'hôpital aussi bien que le contrôle des factures par l'assureur seront beaucoup plus compliqués.

Les assureurs doivent contrôler l'économicité

Conformément à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les assureurs-maladie ont non seulement le droit mais aussi l'obligation de contrôler le caractère économique des prestations fournies. Le contrôle individuel des factures en fait partie. Alors que dans le système des forfaits journaliers, ce contrôle est assez simple, il s'avère beaucoup plus compliqué avec le modèle SwissDRG. L'attribution correcte au DRG déterminant pour le prix n'est de facto possible que dans la mesure où les assureurs peuvent, sur la base des données médicales, contrôler le codage et reconstituer l'affectation des prestations au bon groupe de pathologie.

De toute évidence, un contrôle des factures aussi complexe ne peut pas être effectué dans chaque cas. Les assureurs procèdent à un tri des factures et vérifient certaines d'entre elles. Mais même pour effectuer ce tri, ils rencontrent des difficultés si les données sur lesquelles la facture est basée leur font défaut. C'est pourquoi santésuisse exige qu'elles soient systématiquement communiquées par voie électronique. C'est la seule manière d'effectuer un contrôle efficace et de clarifier, au moyen des données reçues, une bonne partie des factures qui « étonnent » sans avoir à poser d'autres questions à l'hôpital. Seuls quelques rares cas posant problème nécessiteront de prendre contact avec l'hôpital.

Les hôpitaux font obstacle au contrôle des factures

Un récent arrêt du Tribunal administratif fédéral a largement soutenu cette manière de procéder et confirmé que la communication systématique des données aux assureurs était une revendication justifiée. Pourtant, les hôpitaux refusent de les communiquer en invoquant la protection des données, rendant ainsi impossible le contrôle des factures par les assureurs et empêchant le respect d'un critère important de la LAMal, le contrôle de l'économicité des prestations fournies. Selon les hôpitaux, en dépit de la masse des factures à contrôler, il faudrait que le médecin de confiance des assureurs demande des informations pour chaque facture particulière et, le cas échéant, cherche à obtenir plus de renseignements de la part de l'hôpital. On n'ose guère imaginer la charge de travail qui en résulterait pour les deux parties.

La LAMal confère aux assureurs le droit de traiter les données, y compris celles qui sont sensibles, et ceux-ci disposent d'ailleurs de règles correspondantes en matière de protection des données. Malgré tout, on cherche à rendre impossible le contrôle des factures. La variante proposée par les hôpitaux et le préposé à la protection des données – une unique révision du codage par année, sur la base d'un échantillon modeste – ne constitue pas une alternative crédible au contrôle des factures et n'est pas en mesure de préserver les intérêts des payeurs de primes. Santésuisse demande donc impérativement que toutes les données importantes pour la facturation soient systématiquement communiquées aux assureurs.

MICHAEL ROLAZ

Photo : Keystone/santésuisse

Il est impossible de contrôler les factures des hôpitaux sans les données utilisées pour le décompte.

Trois questions à Urs Brügger, responsable de l'Institut pour l'économie de la santé de Winterthour

« La protection des données est un argument fallacieux »

Urs Brügger, Pr Dr oec. HSG, est responsable de l'Institut pour l'économie de la santé de Winterthour (WIG) et chargé de cours à la Haute école des sciences appliquées de Zurich (zhaw).

Pour le spécialiste, c'est clair. Les hôpitaux doivent livrer les diagnostics, afin que les assurances-maladies puissent contrôler les factures. Les forfaits par cas apportent selon lui plus de qualité et de transparence mais pas forcément moins de dépenses.

Urs Brügger a longuement étudié les forfaits par cas à travers le monde. L'ouvrage « Impact of DRGs Introducing a DRG reimbursement system : A literature review » est paru récemment aux éditions SSPS (volume 98).

D'aucuns craignent que les forfaits par cas (SwissDRG) n'entraînent une détérioration de la qualité des soins, et notamment des sorties d'hôpital prématurées (ou «bloody exits»). Ces craintes sont-elles fondées? Les expériences recueillies avec les forfaits par cas en Suisse et à l'étranger les confirment-elles?

Ces craintes sont totalement infondées comme le prouvent les recherches internationales sur les conséquences des DRGD réalisées ces vingt-cinq dernières années. Les hôpitaux ne peuvent tout simplement pas se permettre de mettre leur réputation en jeu. De plus, les processus sont optimisés dans les hôpitaux ce dont profitent aussi les patients. Toutefois, les espoirs placés dans les forfaits DRG en termes de réduction des coûts ont en partie été déçus. Les forfaits par cas incitent en effet les hôpitaux à rechercher de nouvelles sources de revenus ailleurs que dans le domaine stationnaire, ce qui fait grimper les coûts. Cette incitation semble primer sur la volonté de faire des économies. Pour ces raisons aussi, les espoirs et les craintes évoqués ne se réalisent guère.

Quelles sont actuellement les questions les plus brûlantes en ce qui concerne les forfaits par cas (SwissDRG)?

Il en existe toute une série. La question de la transmission des diagnostics des hôpitaux aux assureurs-maladie (MDS Medical Data Set) n'est toujours pas résolue. Je pense que la protection des données est un argument fallacieux. Existe-t-il un seul autre domaine de prestations où les émetteurs de factures refusent d'indiquer les motifs pour lesquels la prestation a été fournie. Les modalités de la garantie de prise en charge des coûts sont également en suspens de même que la prise en compte des coûts des infrastructures. La fixation du taux de base est une autre question non résolue à ce jour (part individuelle, part uniforme). Il faut également clarifier les normes pour les connexions électroniques (p. ex. XML 4.3) car dans ce domaine, des normes seraient souhaitables. Enfin, la facturation lorsque plusieurs garants sont concernés (p. ex. l'assurance-maladie et accident) demande également à être réglée.

Quelles conditions doivent être remplies selon vous pour que l'introduction des forfaits par cas en Suisse soit couronnée de succès?

Compte tenu des résultats de l'étude réalisée, je suis malheureusement devenu un peu plus sceptique en ce qui concerne les forfaits DRG bien qu'ils soient convaincants d'un point de vue théorique. Tels qu'ils vont être introduits en Suisse, les forfaits par cas amélioreront peu l'économicité du système global. Ils permettront néanmoins de concentrer certaines offres de prestations sur des hôpitaux spécialisés. La qualité devrait s'en ressentir et on ne peut que s'en réjouir. La transparence devrait également être accrue. Les points suivants sont décisifs pour garantir le succès des forfaits par cas :

- La fixation des tarifs des forfaits par cas est déterminante. Si un hôpital est trop rémunéré pour une prestation, il aura tendance à la proposer trop souvent afin d'augmenter ses revenus. A l'inverse, s'il est trop mal rémunéré pour une prestation, il évitera de la proposer ou demandera des tarifs plus élevés.
- La mise en œuvre des DRG doit être surveillée. Un organe de révision indépendant doit contrôler la qualité du codage.
- Il faut également surveiller la qualité des traitements médicaux. Dans l'idéal, ces résultats devraient être publiés et divulgués au grand public.
- La prise en compte des investissements doit être réglée de manière très précise afin de favoriser une concurrence équitable entre les hôpitaux.
- Les hôpitaux devraient fournir les diagnostics afin que les caisses-maladie puissent contrôler les factures.
- Il faut surveiller les fournisseurs de prestations qui essaient de tirer profit du système, p. ex. grâce aux prestations financées de manière inadéquate ou en ce qui concerne la formation et le perfectionnement du personnel.

Limiter les forfaits par cas au domaine somatique aigu n'est pas une solution optimale. Il faudrait instaurer des forfaits par cas applicables durant toute la chaîne de soins. La mise en œuvre pratique de cette idée n'est pas une mince affaire mais elle inciterait les fournisseurs de prestations à collaborer davantage, ce qui permettrait de faire un pas important dans la direction des soins intégrés.

INTERVIEW: SILVIA SCHÜTZ

SwissDRG : le point sur l'état des travaux

Des comparaisons de prix et de prestations claires grâce aux DRG

SwissDRG est un projet national qui vise à établir un système unifié et global de rémunération des prestations, cela à l'échelle du pays, pour les séjours hospitaliers en soins stationnaires somatiques et soins intensifs. La base est un système de classification des patients à partir des diagnostics posés. Les travaux des quatre projets partiels de SwissDRG avancent selon les prévisions. Les lignes qui suivent constituent un rapport intermédiaire.

Cinq organisations du domaine de la santé, soit la Conférence des directeurs cantonaux de la santé publique (CDS), l'association des hôpitaux suisses H+, santésuisse, la Commission des tarifs médicaux LAA-AM-AI (CTM) et la Fédération des médecins suisses (FMH), travaillent depuis 2003 à l'élaboration d'un système complet et unifié de rémunération des prestations pour les séjours hospitaliers en soins somatiques aigus, système basé sur une classification des patients liée aux diagnostics du type «affiné» (refined). Nous en avons déjà rendu compte dans «infosantésuisse» de décembre 2003 et nous avons brièvement présenté le projet «SwissDRG».

C'est à fin avril 2004 que cinq organisations fondatrices ont lancé l'association SwissDRG avec siège social à Berne; elle est présidée aujourd'hui par le directeur de la santé publique bâloise, Carlo Conti. Outre les organisations fondatrices, l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) collaborent au projet. Ce dernier est divisé en quatre sections dont les travaux avancent tous selon les prévisions.

Domaines d'application et modèle de tarification

Les buts principaux de la première partie du projet concernent le champ d'application et le modèle de tarification. Il s'agit, plus précisément, de définir clairement les limites du champ d'application afin d'obtenir une compatibilité mutuelle avec les lois, les contrats et les conventions nationales; d'autre part, il s'impose de mettre au point le modèle tarifaire concret et des règles de rémunération. Jusqu'ici, les travaux menés ont permis notamment de définir quels coûts devaient être pris en compte dans le calcul des importances relatives des divers groupes de prestations. C'est ainsi que l'on a discuté, entre autres, des questions touchant à la rémunération de l'enseignement et de la recherche, de la prise en compte ou de l'exclusion de certains groupes de coûts (médicaments coûteux, implants), de la limitation ou de la mise à l'écart des coûts des assurés avec assurances complémentaires. Par ailleurs, le champ d'application a été circonscrit. Il s'est agi, tout particulièrement, de définir les cas relevant des soins intensifs, des réhospitalisations et des transferts ainsi que des limites à fixer aux domaines qui ne font pas partie des DRG comme la psychiatrie, la réhabilitation, entre autres. Toutes les règles et les définitions ont été finalement explicitées dans deux documents de base qui ont ensuite été envoyés en procédure de consultation dans les groupes d'accompagnement des partenaires au projet; ces derniers les ont étudiés et commentés. Après une dernière révision par le comité directeur du projet SwissDRG, le comité de pilotage de l'association a avalisé en août 2005 les documents, à savoir les définitions, pour les domaines d'application et le modèle de tarification.

Système: le choix et les adaptations

La deuxième partie du projet concerne le choix de la base affinée DRG tirée de la famille DRG et du choix du «grouper» (un programme informatique spécifique) et de son adaptation aux conditions suisses. Les systèmes DRG suivants ont été étudiés dans cette partie selon des critères clairement définis:

- APR-DRG (utilisée dans plusieurs pays)
- IR-DRG (utilisée dans plusieurs pays)
- AR-DRG (système utilisé en Australie)
- G-DRG (système utilisé en Allemagne)
- GHM/EfP (système utilisé en France)
- LDF/LKF (système utilisé en Autriche)
- SQLape (système proposé par le spécialiste suisse Yves Eggli)
- et APDRG, pour comparaison avec la situation actuelle en Suisse.

infosantésuisse : dossier SwissDRG 2/2011 66

Le comité de direction du projet, après un examen approfondi, a estimé que les deux systèmes IR-DRG et le système allemand (G-DRG) étaient les plus appropriés pour une utilisation en Suisse. Le comité de pilotage a décidé en août dernier que les deux systèmes devaient être encore plus précisément examinés et que des négociations devaient être ouvertes avec les partenaires (3M Suisse pour IR-DRG et InEK, «Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus», pour G-DRG). C'est sur la base des résultats qui seront obtenus que le comité directeur choisira en novembre prochain le système à retenir.

Données et réseau

On trouve, parmi les tâches principales du troisième sous-projet, la mise en place d'un réseau entre les hôpitaux ainsi que celle d'une base de données nationale, le calcul des poids relatifs des divers groupes, la responsabilité des données ainsi que les mandats. Selon la convention passée, la banque de données des coûts par cas de l'association APDRG Suisse a été transférée à l'association SwissDRG. SwissDRG, désormais, étend cette base et remet chaque année une copie à l'association APDRG pour qu'elle puisse maintenir son propre système jusqu'à ce qu'elle soit en mesure de se détacher du nouveau système de SwissDRG. Le calcul des poids dits relatifs utilise les données médicales et économiques d'un certain nombre d'hôpitaux. La mise en place d'un réseau d'hôpitaux a déjà commencé. Actuellement, c'est un groupe de données («data set») qui est en cours de définition; c'est pour ce groupe que les réseaux d'hôpitaux fourniront les coûts des cas à l'Office fédéral de la statistique (OFS). Dans le cadre d'un concept de sécurité, les données, les transferts des données et les droits d'accès ont été décrits afin que leur protection soit garantie.

Les systèmes de classification des patients

Les systèmes de classification des patients répartissent les patients ou les modalités des soins en divers groupes qui doivent être aussi homogènes que possible, selon des critères médicaux ou économiques. Dans le domaine des soins stationnaires, toute la famille des «Diagnosis Related Groups (DRG)» est fortement représentée. En termes plus simples, chaque hospitalisation est attribuée à un groupe en fonction du diagnostic et du traitement, de l'âge, du sexe ainsi que des éventuelles pathologies accompagnant un DRG. Les divers groupes sont mis en relation les uns avec les autres par le biais d'une charge en coûts. La multiplication de la charge en coûts par un prix de base fournit le forfait par cas pour chaque DRG et, par là même, la rémunération liée à la prestation pour le traitement stationnaire, y compris le séjour à l'hôpital.

Photo: Prisma

Les opérations devraient bientôt être rémunérées selon les prestations fournies.

Préparation de la mise en place et utilisation

Ce sous-projet d'importance centrale n'a été lancé que récemment. Il comprend l'organisation du suivi, l'installation du bureau Casemix, la définition des conditions d'utilisation ainsi que le soutien à l'introduction du système. Les travaux sont divisés en quatre domaines:

- contrat-cadre et procédures d'entrée
- bureau SwissDRG Casemix
- soutien au démarrage
- surveillance

DRG – une nécessité économique

On peut donc dire, en résumé, que les travaux de mise en place de SwissDRG avancent heureusement selon les plans tracés et que les cinq organisations fondatrices ont déjà posé des éléments importants depuis le début du programme, soit en avril 2004. Ces progrès sont évidemment nécessaires pour que l'horaire ambitieux qui a été établi puisse être tenu jusqu'à la fin. Une mise en place rapide est d'autant plus indispensable que les experts du domaine de la santé sont convaincus que SwissDRG est une nécessité économique et qu'elle créera davantage de transparence dans le domaine des soins stationnaires. *Markus Stuber*

Forfaits par cas : transparence et contrôle impérativement nécessaires

L'introduction de forfaits par cas dans le cadre du nouveau régime de financement des hôpitaux conduit, pour les assureurs, à des exigences accrues en matière de contrôle de l'économicité. Afin qu'ils puissent exercer ce contrôle, la transparence des factures d'hôpital est indispensable. Mais actuellement, il manque encore dans la loi la disposition nécessaire à cet effet.

Au cours de la session de printemps, le Conseil national débat du nouveau financement des hôpitaux lié aux prestations. Au niveau politique, personne ne conteste que les nombreux systèmes actuels d'indemnisation (forfaits journaliers, forfaits par division, systèmes précurseurs de forfaits par diagnostic) doivent être remplacés par un système uniforme pour toute la Suisse, basé sur des forfaits par cas liés au diagnostic. Les différents partenaires (CDS, H+, FMH et santésuisse) travaillent depuis un certain temps déjà au niveau technique sur les bases nécessaires à l'établissement des SwissDRG. Ce faisant, il s'est révélé que le nouveau système n'est effectivement gérable que si les assureurs-maladie peuvent contrôler les factures des hôpitaux. Mais pour cela, ils ont besoin d'indications correspondantes sur les factures (groupe de données minimales).

Cantons et assureurs-maladie sont d'accord

Les cantons apportent également leur soutien à cette exigence. Dans une déclaration d'intention du 26 octobre 2006 entre la Conférence suisse des directeurs cantonaux (CDS) et santésuisse concernant les paramètres de base en vue de l'introduction de forfaits par cas liés aux prestations, les répondants des coûts ont convenu ce qui suit : «Dans le système d'indemnisation basé sur le diagnostic et le traitement, les organismes payeurs doivent également satisfaire des exigences différentes en matière de contrôle des coûts. Pour pouvoir vérifier l'économicité des prestations conformément à l'art. 56 LAMal, les organismes payeurs doivent disposer d'informations sur les principales données administratives, les diagnostics et les traitements. Les conditions permettant un contrôle standardisé des codages doivent en outre être mises en place. Les parties contractantes s'engagent afin que la révision en cours de la LAMal prévoie des dispositions légales permettant de réaliser le contrôle des factures et des codages, y compris les indications concernant le diagnostic et le traitement, et n'enfreignant pas la loi sur la protections des données».

Pourquoi les assureurs ont-ils besoin de ces indications ?

Dans un système DRG, la rémunération par cas dépend de la morbidité individuelle des patients et donc d'un grand nombre de données, parmi lesquelles les diagnostics et les traitements effectués. Etant donné que la la loi actuelle est encore axée sur des systèmes de rémunération antérieurs, le passage aux DRG nécessite la création d'une base légale pour le contrôle des factures. Mais la modification correspondante de la LAMal est combattue, principalement avec l'argument pour des motifs de protection des données. Toutefois, cette argumentation ne résiste pas à l'examen :

L'essentiel en bref

- Avec l'introduction d'un financement hospitalier basé sur des forfaits par cas (SwissDRG) liés aux prestations, les exigences augmentent par rapport au contrôle de l'économicité. Pour ce faire, les assureurs-maladie ont besoin d'indications correspondantes sur les factures d'hôpitaux (données minimales: indication du diagnostic, des traitements et des dates).
- Aujourd'hui déjà, dans le domaine de l'assurance-accident, des données détaillées relatives aux diagnostics et traitements sont standardisées au moyen du formulaire de facturation TARMED et font l'objet d'une transmission, sans que cela ne provoque des problèmes.
- Sans données minimales, les assureurs-maladie ne peuvent pas remplir leur mandat légal de contrôle de l'économicité. Ce serait une curieuse façon de voir les choses si ceux qui doivent vérifier l'économicité des prestations n'ont pas le droit de savoir ce qu'ils doivent vérifier. Cela peut provoquer des augmentation de coûts dans l'assurance de base.
- La protection des données est assurée puisque l'utilisation correcte des données est placée sous surveillance et, le cas échéant, que sanctions peuvent être prononcées.
- L'Allemagne – pays qui est à l'origine de notre futur système DRG – a reconnu d'emblée la nécessité de la transparence et l'a, dès le départ, prescrite par voie légale.

infosantésuisse : dossier SwissDRG 2/2011 68

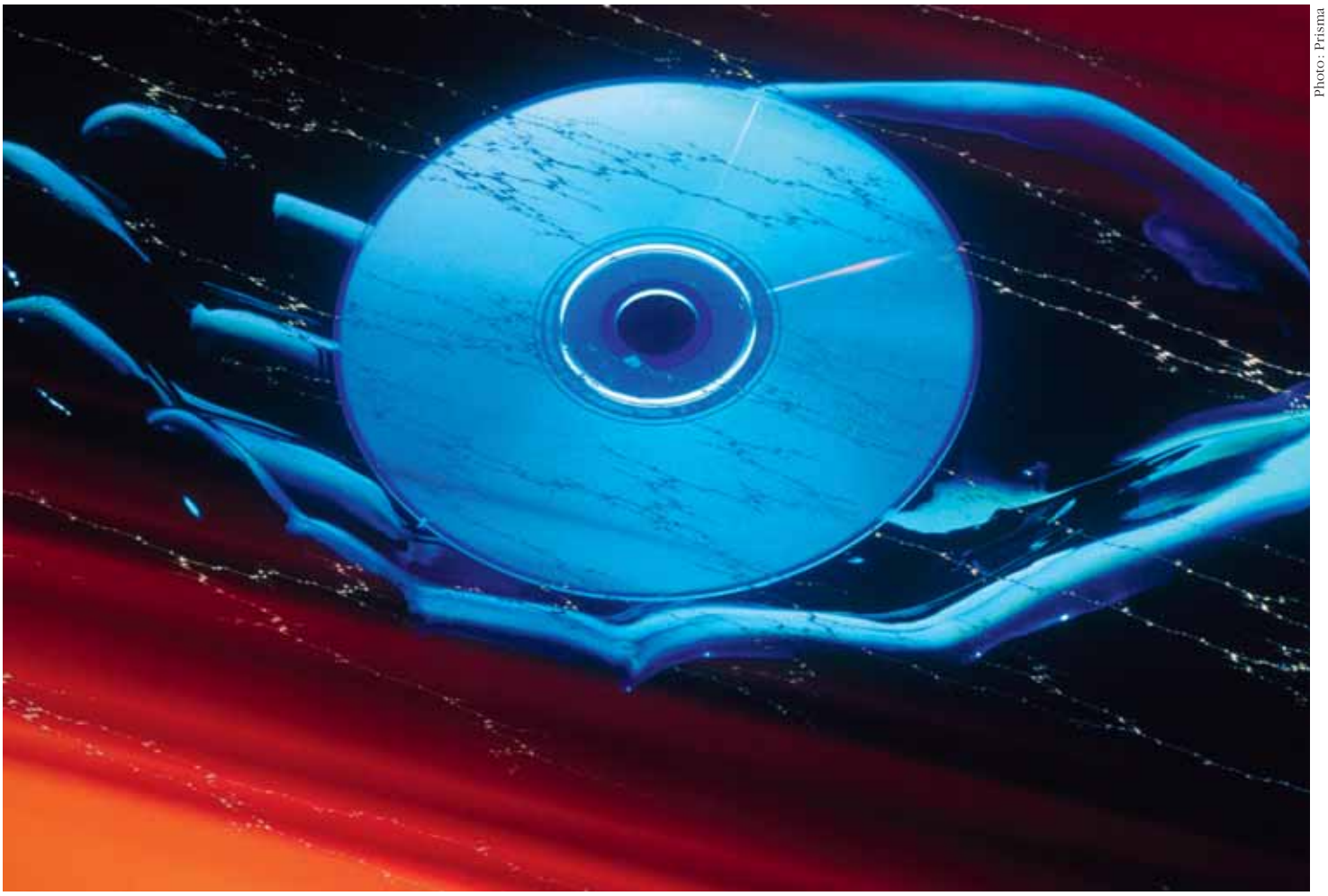


Photo : Prisma

Les assureurs ont besoin des données utiles pour le contrôle des factures dans le système DRG.

- La Suva et les assureurs accidents privés reçoivent également les indications correspondantes, y compris les diagnostics et traitements. Il semble que dans ces cas la protection des données n'ait manifestement rien à faire. En ce qui concerne le contrôle des factures, l'assurance-maladie et l'assurance accidents sont pourtant absolument comparables. Invoquer le principe des prestations en nature prévu par la LAA n'est également pas très pertinent – le fait que ce principe n'existe pas dans le domaine de la LAMal renforce même la nécessité du contrôle de l'économicité.
- Dans le domaine de la desserte ambulatoires, le TARMED a créé la transparence et conduit au fait que les traitements effectués sont documentés grâce aux positions tarifaires. Chez les assureurs, les système de contrôle nécessaires sont en place. Ce qui est faisable pour les médecins devrait l'être aussi pour les hôpitaux.
- La LAMal prévoit expressément que les assureurs-maladie sont habilités à traiter des données personnelles sensibles pour pouvoir établir le droit aux prestations et les calculer (LAMal art. 84).

Les assureurs-maladie sont en l'occurrence tenus de garantir le traitement correct et confidentiel des données des patients. Les lois nécessaires à cet effet sont en vigueur ; en cas d'infractions, les autorités de surveillance ont la possibilité d'intervenir.

Les exigences augmentent chez les assureurs-maladie ?

Il est incontestable que l'introduction des SwissDRG pose des exigences élevées à tous les intéressés et suppose que les assureurs-maladie disposent de solides compétences professionnelles pour effectuer le contrôle des factures. Il est vrai que grâce à la facturation électronique, un certain nombre d'opérations peuvent être automatisées. Il n'y a donc pas besoin, comme on l'entend parfois dire, d'un appareil administratif disproportionné pour maîtriser les « nouvelles » exigences de contrôle. Ces tâches doivent certes être effectuées par des collaborateurs qualifiés mais le processus de contrôle est largement soutenu par les programmes informatiques – il en va exactement de même pour les fournisseurs de prestations qui établissent leurs factures. (BKN/PM)

infosantésuisse : dossier SwissDRG 2/2011 69

Financement des hôpitaux: compromis en vue

Les traitements hospitaliers seront à l'avenir indemnisés par des forfaits liés aux prestations et uniformes pour toute la Suisse. Les hôpitaux privés qui figurent sur la liste des hôpitaux établie par les cantons seront financés de manière identique aux hôpitaux publics. Un accord se dessine en ce qui concerne ces deux points essentiels de la réforme du financement des hôpitaux, laquelle sera traitée par le Conseil national lors de la session de printemps.

Par les décisions qu'il a prises lors de la session de printemps 2006, le Conseil des Etats a posé les jalons de la réforme du financement des hôpitaux. S'agissant des prestations hospitalières stationnaires, il a complété le projet du Conseil fédéral portant sur le financement lié aux prestations et ainsi créé la base de forfaits uniformes pour toute la Suisse, lesquels reposent sur la classification des patients par diagnostic (DRG). Un point essentiel du projet réside dans l'indemnisation identique des prestations LAMal fournies en division privée, demi-privée et commune, et cela dans les hôpitaux publics et privés figurant sur la liste établie par les cantons.

Les forfaits, dont une part est assumée par les cantons et l'autre par les assureurs, comprennent également les frais d'investissement. La part cantonale a en principe été fixée à 60% par le Conseil des Etats. Les cantons qui bénéficient d'un niveau de primes plutôt bas ont cependant la possibilité de la réduire à 45%. Le Conseil des Etats a créé une nouvelle catégorie d'hôpitaux, celle des hôpitaux conventionnés. Elle recouvre les hôpitaux privés qui ne figurent pas sur la liste établie par le canton et qui n'ont donc pas droit à des contributions cantonales mais à qui les assureurs peuvent, en vertu de conventions, verser des contributions de l'assurance de base.

La commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil national a fondamentalement approuvé le concept de financement du Conseil des Etats mais a toutefois créé à son sujet trois divergences importantes.

Tout d'abord, dans l'idée de renforcer la concurrence au-delà des frontières cantonales, les assurés doivent pouvoir choisir librement entre tous les hôpitaux figurant sur les listes. Ensuite, les assureurs ne doivent pas être autorisés à verser des contributions de l'assurance de base aux hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste établie par le canton et, enfin, la participation cantonale au financement des coûts hospitaliers doit s'élever au minimum à 55 pour cent, et cela sans aucune souplesse vers le bas. Il s'agit d'atteindre progressivement le niveau de ladite part cantonale en passant des conventions entre cantons et assureurs.

Accord sur la clé de répartition des coûts

La réforme du financement des hôpitaux est sur la bonne voie. Les Chambres devraient s'entendre sur la question du financement car les cantons et les assureurs-maladie ont trouvé un accord en novembre dernier: les coûts supplémentaires à charge de l'assurance de base résultant de l'inclusion des investissements et de la mise sur pied d'égalité de tous les hôpitaux inscrits sur les listes seront répartis entre eux par moitié.

En ce qui concerne les forfaits par cas, santésuisse estime cependant qu'une base légale complémentaire est indispensable pour la fourniture des données (diagnostics et traitements) en vue du contrôle des coûts et pour la réglementation de la protection des données.

santésuisse salue le principe du libre choix des hôpitaux figurant sur la liste du canton de domicile ou d'un autre canton (principe du Cassis de Dijon). Le financement de traitements hors du canton ne devrait cependant pas conduire à des frais supplémentaires pour les cantons et les assureurs.

En ce qui concerne la nouvelle catégorie des hôpitaux conventionnés, santésuisse soutient le Conseil des Etats. D'une part, cette solution permet aux cantons d'établir des listes d'hôpitaux adaptées aux besoins et, d'autre part, elle limite les désavantages subis par les hôpitaux privés qui n'ont pas été admis dans ces listes.

La réforme actuelle du financement des hôpitaux représente un pas important vers un gain d'efficacité pour l'assurance-maladie et pour le système de santé. A moyen terme cependant, d'autres mesures s'imposent. La première a déjà été introduite par une motion du Conseil des Etats concernant le financement identique du secteur stationnaire et ambulatoire. (WF)

Les DRG vont bousculer le système de santé

Luc Schenker est président de l'association APDRG Suisse qui, depuis 1997, a développé et maintenu les APDRG en vigueur à ce jour. Il était jusqu'à fin 2006 directeur financier du CHUV à Lausanne. Il est actuellement chargé de mission auprès du directeur général du CHUV et chargé de cours à l'Institut d'économie et management de la santé de l'Université de Lausanne. Il présente le système des DRG et répond aux questions de *Trait d'union*.

ORIGINE ET SIGNIFICATION DES DRG

Les DRG, pour Diagnosis Related Groups, ou en français «groupe homogène de malades» (GHM) ont été développés dans les années 70 à l'Université de Yale aux Etats-Unis par le Professeur Robert Fetter dans le but de standardiser les clientèles hospitalières, notamment dans un objectif de contrôle de qualité.

Ce système a été adopté par le gouvernement américain pour rembourser les hôpitaux dès 1983. Il s'est ensuite progressivement répandu en Europe.

Les groupes diagnostics sont construits sur la base du diagnostic principal, des diagnostics secondaires qui expriment une co-morbidité ou une complication et qui vont donc entraîner la classification du patient dans un groupe à sévérité plus ou moins élevée, ainsi que des codes d'interventions opératoires qui permettent de distinguer les patients chirurgicaux des patients médicaux. Suivant les familles de DRG, il y a entre 600 et 1'300 groupes. Un groupe doit être cohérent à la fois sur le plan médical (par exemple, ne pas mélanger une opération cardiaque et une prothèse de hanche) et sur le plan économique.

LES DRG EN SUISSE

Les DRG ont commencé à être étudiés en Suisse au milieu des années 80 et ont fait l'objet d'un rapport concluant à l'intérêt de cette technique pour la Suisse (F. Paccaud, L. Schenker, DRG, perspectives d'utilisation, Masson, Paris, 1989). Dès la fin des années 90, suite à la décision du Conseil fédéral de généraliser la saisie des codes diagnostics et opératoires (ordonnance de 1997), une association regroupant des cantons, des hôpitaux et les assureurs-maladie et accidents ont décidé d'introduire les APDRG en Suisse sur une base volontaire. Les APDRG sont une variante de la solution utilisée par le gouvernement américain. Ils ont été adaptés aux données récoltées en Suisse.

En 2002, la facturation en APDRG débutait dans le canton de Vaud, qui a été la première région européenne à facturer les séjours hospitaliers en DRG. Depuis, une centaine d'établissements l'utilise soit pour l'assurance-accidents, soit pour l'assurance-maladie, soit pour les deux.

En 2004, les cantons, les assureurs-maladie et accidents, la Fédération des médecins et l'Association suisse des hôpitaux ont décidé de lancer un projet SwissDRG pour sélectionner la nouvelle génération de DRG pour la Suisse. Le choix s'est porté sur les DRG allemands (G-DRG) qui sont actuellement en cours d'«helvétisation» et devraient être utilisés dès 2010 pour l'ensemble de la Suisse en remplacement des APDRG.

Les DRG: plus nécessaires que «magiques»

PORTRAIT-EXPRESS
Luc Schenker est né en 1948. Après des études d'économie politique à l'Université de Neuchâtel, il a complété sa formation en économie de la santé, à l'Université de Yale. Il a occupé les fonctions d'économiste au Département des affaires sociales du canton de Vaud, puis a pris la responsabilité du financement des établissements sanitaires au Service de la santé publique de ce même canton et, enfin, est devenu directeur des finances au CHUV. Sur le plan académique, il a codirigé l'étude suisse sur les DRG entre 1985 et 1990 et, actuellement, est chargé de cours à l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne dans le

Monsieur Luc Schenker, les hôpitaux publics et d'intérêt public vaudois ont été les premiers en Suisse à introduire le financement et la facturation par APDRG en 2002. Vous avez été l'initiateur de cette réforme, quel bilan en tirez-vous?

«L'introduction des APDRG pour le financement et la facturation des hôpitaux s'est très bien passée et après une première année d'inévitables «maladies de jeunesse», le système fonctionne de routine à satisfaction de tous les partenaires. Au CHUV, il couvre l'entier de la facturation, y compris les patients privés et les honoraires médicaux. Dans les établissements de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), seules les factures pour l'assurance obligatoire des soins sont faites en DRG. Le problème le plus important qui a entraîné des retards de facturation est celui du codage des opérations et des diagnostics. En effet, ce codage nécessite la mise à disposition du dossier médical après un séjour hospitalier et certains services fournissaient cette information avec retard. Les hôpitaux se sont réorganisés administrativement et aujourd'hui la quasi totalité de la facturation est faite, au plus tard, un mois après la sortie du patient.

S'agissant du financement des hôpitaux, les APDRG permettent à la fois de tenir compte de la variation des hospitalisations comme c'était le cas précédemment, mais également de la lourdeur des patients traités, ou plutôt de leur sévérité, puisqu'à chaque patient est affecté un nombre de points correspondant aux ressources nécessaires pour son traitement. Le nombre de points varie entre 0,126 point pour un nouveau-né décédé et 38,278 points pour une transplantation de moelle osseuse. La moyenne des séjours est égale à 1 et est basée sur un échantillon d'un million de séjours hospitaliers au niveau suisse.»

Les DRG sont-ils également utiles dans la gestion interne de l'hôpital?

«Dans la mesure où les DRG permettent de mesurer la «production hospitalière», c'est un instrument extrêmement utile à la gestion interne, notamment pour allouer des budgets aux différents services hospitaliers et pour les comparer entre eux ou avec d'autres hôpitaux.»

LES SWISSDRG EN PRÉPARATION

Qu'en est-il des DRG aujourd'hui sur le plan suisse?

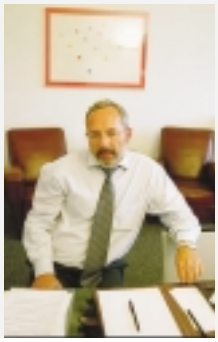
«Plus d'une centaine d'établissements hospitaliers utilise les DRG. Le plus grand nombre les utilise dans le cadre des contrats avec l'assurance-accidents. C'est dans ce domaine également que certaines cliniques privées ont signé des conventions en APDRG. S'agissant de l'assurance-maladie, Santé Suisse a signé des conventions en APDRG dans la plupart des cantons romands, ainsi qu'en Suisse centrale. Depuis 2006, Santé Suisse a refusé de signer de nouvelles conventions en APDRG dans l'attente des SwissDRG, ce qui est regrettable parce que l'utilisation des APDRG est une excellente préparation à la mise en œuvre des SwissDRG.»

Dans un document (dossier politique, 19 février 2007) d'économiesuisse consacré au financement des hôpitaux, il est dit que «les groupes de diagnostic sont une condition nécessaire mais insuffisante pour provoquer un changement structurel». Comment réagissez-vous?

«Le dossier que vous mentionnez met en évidence l'utilité des DRG dans le cadre d'un encouragement à la mise en concurrence des hôpitaux entre eux. Il est évident que les DRG sont un outil indispensable, mais non suffisant pour faire jouer la concurrence entre les hôpitaux. En effet, les DRG permettent de compa-

À LA FACTURATION

cadre du Master of Advanced Studies in Health Economics and Management. Il préside l'Association APDRG Suisse depuis 1997 et l'Association Patient Classification Systems Suisse qui regroupe les spécialistes dans le domaine des classifications de patients en Suisse. Il est également membre de l'Association internationale Patient Classification Systems. Depuis le 1er janvier 2006, il est chargé de mission auprès du directeur général du CHUV.



rer les hôpitaux entre eux avec une certaine transparence. En revanche, les barrières cantonales actuelles ou les planifications cantonales limitant la marge de manœuvre des hôpitaux sont autant d'obstacles à la mise en concurrence des hôpitaux que les DRG en tant que tels ne pourront pas lever.»

UNE CULTURE ENCORE NEUVE

Les décideurs politiques suisses ainsi que les acteurs participant à la réflexion sur le financement des coûts hospitaliers en Suisse ont-ils, aujourd'hui, selon vous, pris la pleine mesure des DRG comme instrument de planification et de gestion?

«Pendant longtemps, ces décideurs ont été très sceptiques à l'égard des DRG en Suisse, malgré les études réalisées en Suisse et les expériences faites dans d'autres pays. Il a fallu que l'Allemagne se décide pour que nos compatriotes, d'Outre-Sarine en particulier, changent de point de vue et se mettent à militer activement pour l'introduction des DRG. La culture en matière de DRG est encore relativement neuve en Suisse et ces milieux, comme tous les néophytes, attribuent aux DRG des vertus qu'ils n'ont pas. Comme c'est souvent le cas, les politiques ont de la peine à décider et mettent leur espoir dans des outils techniques pour décider à leur place. Hier, les DRG étaient décriés, aujourd'hui, ils sont considérés comme la «potion magique» pour réduire les coûts hospitaliers et demain, ils décevront puisque les grands espoirs placés en eux ne pourront pas se réaliser. Enfin, il faut espérer qu'après un certain temps nous aurons en Suisse une mesure plus réaliste de ce que peuvent apporter de tels outils et que nous les utiliserons correctement.»

QUELLE EXTENSION AUX CLINIQUES PRIVÉES?

Les DRG constituent-ils une réponse spécifique aux établissements publics ou vont-ils se généraliser à l'ensemble des hôpitaux, privés inclus?

«La généralisation des DRG aux cliniques privées dépend de leur place dans la planification des établissements sanitaires en fonction de décisions qui seront prises dans le cadre de la révision de la LAMal. Pour simplifier, si les cliniques privées sont sur une liste LAMal et peuvent de ce fait être financées par l'assurance obligatoire des soins, les séjours devront être facturés en DRG. Dans le cas contraire, si les séjours facturés ne concernent que l'assurance complémentaire, un système de facturation à l'acte pourrait subsister. Toutefois, la question des factures médicales dans les cliniques privées demeure. Aujourd'hui, le médecin facture séparément de la clinique. Est-ce que demain ce système pourra continuer comme c'est le cas aujourd'hui en Allemagne avec les médecins agréés ou est-ce que les médecins seront exclusivement payés par les hôpitaux comme salariés ou rétribués à l'acte, et non plus directement par les assureurs? La question est pendante.»

Comment percevez-vous le développement des DRG en Suisse au cours des prochaines années et quelles sont les principales difficultés qui freinent sa généralisation?

«Le fait d'avoir choisi les DRG allemands pour la Suisse est une difficulté supplémentaire à l'implantation rapide d'un seul système DRG pour la Suisse. En effet, l'«helvétisation» de la solution allemande est une tâche de longue haleine qui pose de nombreux problèmes tech-

niques. S'ajoute à ces difficultés le fait que les cinq partenaires (hôpitaux, médecins, cantons et assureurs-maladie et accidents) ont beaucoup de peine à s'entendre sur le design du futur système DRG suisse s'agissant par exemple des facturations de médecins, des réhospitalisations, des transferts de patients, de la place de la réadaptation, de la communication des diagnostics aux assureurs, etc. L'ensemble de ces difficultés pourrait retarder de manière considérable la mise en œuvre d'un système DRG unique pour toute la Suisse. Il faut se rappeler que les partenaires (assureurs, médecins et hôpitaux) ont mis plus de quinze ans pour se mettre d'accord sur le tarif ambulatoire TarMed qui était certainement beaucoup moins compliqué à mettre en place que les DRG.»

CONSÉQUENCES POUR LES PATIENTS

A votre avis, la remarque selon laquelle la focalisation sur les seuls coûts entraînerait une détérioration de la qualité est-elle justifiée?

«Les études américaines ont montré qu'il y avait un risque important avec l'introduction des DRG, celui du retour prématuré à domicile des patients. En effet, la facturation des séjours hospitaliers par DRG incite les hôpitaux à diminuer le plus possible la durée de séjour et effectuer un maximum de prestations diagnostiques et thérapeutiques en ambulatoire avant ou après l'hospitalisation. Ceci peut entraîner un retour prématuré à domicile et des complications avec réhospitalisation si aucune mesure de qualité n'est effectuée. Les milieux qui s'occupent de la qualité en Suisse en sont conscients et proposent, avant l'introduction généralisée des DRG, qu'un programme qualité soit développé afin d'éviter ces risques de sorties prématurées.»

Outre vos fonctions au CHUV, vous êtes chargé de cours à l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne. Dans ce cadre, vous venez de publier les résultats d'un programme de recherche de trois ans sur les DRG et notamment sur leur introduction en Suisse (voir «Research on DRG» à l'adresse web suivante: www.hec.unil.ch/iems). Quelle place occupe aujourd'hui les DRG en milieu académique et quelles sont les perspectives d'avenir?

«L'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne est en effet à la pointe de la recherche académique sur les outils de financement des hôpitaux et notamment sur les DRG. Malheureusement, les milieux politiques et professionnels de la santé ne voient pas aujourd'hui suffisamment l'intérêt de développer la recherche s'agissant des DRG. Ils ne se rendent pas encore compte que la mise en œuvre généralisée des DRG en Suisse risque de poser des problèmes pour lesquels ils n'ont aujourd'hui pas de réponse (effets pervers sur la dispensation des soins, incitation à la sélection des patients, report inapproprié sur les établissements de réadaptation, etc.). Dans les autres pays, la mise en œuvre de solutions DRG a été accompagnée d'un programme de recherche qui a permis aux universités d'étudier les impacts et de suivre l'évolution du système. En Suisse, les DRG n'intéressent pas le Fonds national de la recherche scientifique, parce qu'il s'agit avant tout de recherche appliquée et ils n'intéressent pas les politiques, parce que ces recherches ne peuvent pas toujours amener des solutions applicables à court terme. C'est dommage et il reste à espérer que, tant au niveau fédéral que cantonal, les responsables comprendront, à l'avenir, l'intérêt d'associer les chercheurs des universités à la mise en place des DRG.»

SwissDRG transforme radicalement les hôpitaux: des chances à saisir !

Gérer les hôpitaux selon des principes d'économie d'entreprise est également un devoir social à l'égard des payeurs de primes et des contribuables. Si l'on veut être en mesure de proposer un service de santé optimal abordable pour tous, il faut impérativement utiliser les ressources disponibles selon les besoins. Les forfaits par cas ou les DRG vus comme une forme de rémunération des prestations stationnaires génèrent des incitations économiques et une pression sur la concurrence. Souvent compris comme un modèle d'économie par la politique sanitaire, SwissDRG ira au-delà d'un simple instrument de financement. La définition (DRG) du service conduit à la transparence des prestations et de la qualité. Les fournisseurs de prestations se voient ainsi récompensés pour des prestations efficaces et optimisées selon la qualité. Les déficiences de structures de direction et de procédures sont sanctionnées par les DRG. Cependant, les expériences faites en Allemagne depuis l'introduction des DRG montrent que des corrections de structures peuvent également apparaître dans l'ensemble du paysage des prestations médicales. Il est important d'en être conscient.

Médecine économique

Les DRG intègrent les approches médicales et économiques. Les prestataires sont ainsi invités à s'orienter non seulement selon les nécessités médicales, mais également selon ce qui est défendable du point de vue économique. Les objectifs communs sont élaborés par la politique sanitaire et prescrits p. ex. via le catalogue (obligatoire) des prestations. Du point de vue médical, on peut défendre l'idée selon laquelle chaque patient est un cas unique et doit être traité comme tel. D'un point de vue économique et éthique, cette approche doit toutefois être écartée, car ce qui est dépensé en trop d'un côté fera cruellement défaut de l'autre.

Les systèmes DRG impliquent une catégorisation de cas de patients présentant des similitudes médicales, et permettent une rémunération forfaitaire pour ces groupes. Si le patient peut être attribué à un tel groupe de diagnostic (DRG), les revenus et un éventuel rendement peuvent être pilotés prospectivement par le fournisseur de prestations. Ce pilotage via le paramètre médico-économique «DRG» joue un rôle central. Il en découle l'exigence mentionnée ci-dessus d'une gestion opérationnelle. Dans le même temps, le financement lié aux prestations ouvre des perspectives pour les fournisseurs de prestations.

Nécessité de calculer

Les interfaces les plus importantes d'un tel système concernent la comptabilité analytique selon des principes d'économie d'entreprise à l'hôpital. Elle devrait être modifiée dans le sens d'une «facturation axée sur les financeurs». D'autant plus que l'objectif visé est de faire la transition, depuis un système de rémunération à structure tarifaire rigide, vers un système de prix doté de conditions-cadre axées sur l'économie de marché. Ceci reste difficile, car la stratégie nationale globale du financement, de la mise à disposition et de la coordination des services de santé est en mutation permanente (cf. révisions de la LAMal et décisions cantonales). Difficile aussi parce que la transparence des prestations apporte certes une équité accrue de la rémunération, mais également des possibilités plus directes de comparaison.

Les informations supplémentaires concernant les structures de coûts internes et les données de processus doivent être comprises comme un instrument de gestion. Ces données sont utiles et précieuses pour des comparaisons, aussi longtemps que l'on compare ce qui est comparable. Cependant, du point de vue extérieur, ces données sont «exclues», étant donné que les hôpitaux avantageux ne bénéficient pas de réels avantages concurrentiels et que l'incitation à une plus grande efficacité serait anéantie. L'introduction en cours de REKOLE en guise de modèle de référence d'un décompte en fonction des unités finales d'imputation fournit non seulement des garde-fous d'ordre général, mais encore des prescriptions très détaillées quant aux structures des coûts ainsi qu'aux systèmes de répartition et de compensation. Elles conviennent parfaite-

infosantésuisse : dossier SwissDRG 2/2011 75

ment pour la saisie des structures des coûts hospitaliers, mais peuvent être modifiées au besoin et adaptées à des particularités. Seul un dénominateur commun permet les comparaisons d'exploitation, l'optimisation des processus et l'augmentation de l'efficacité. Sur cette base, il est alors possible pour l'hôpital de taxer ses « propres » frais pour des prestations, ou plus précisément pour des groupes de patients définis ainsi que la marge correspondante à la différence du prix rémunéré. Ceci a ensuite pour conséquence de stimuler l'évaluation critique de l'offre de prestations, de la spécialisation ou des mesures ciblées de réduction des coûts ou de rationalisation.

Projet national SwissDRG

Le choix du système s'est porté fin 2005 sur le système allemand «G-DRG». On a ainsi créé le cadre permettant la réalisation d'une rémunération liée aux patients et aux prestations avec des forfaits par cas suisses. Les expériences faites en Allemagne montrent ici qu'une rémunération équitable d'hôpitaux de tous les niveaux de soins est possible en relation avec des prescriptions tarifaires appropriées. Ce système garantit également aux fournisseurs de prestations la responsabilité de continuer à décider du traitement individuel de leurs patients. Outre les adaptations de ce système aux conditions de soins de notre pays («helvétisation»), le projet SwissDRG (échéance mi-2007) prévoit en priorité la mise en place d'une solide base de données médicale et économique. Parallèlement, l'introduction du nouveau système et de la tarification cadre correspondante s'accompagnera de mesures (informations et formation au codage, à l'informatique, au controlling, etc.) qui faciliteront la transition progressive des hôpitaux.

Orientation stratégique et organisation

Les défis que les hôpitaux devront relever doivent être associés à des libertés entrepreneuriales. Et les directions des hôpitaux doivent les anticiper. Cela signifie qu'il faudra davantage percevoir les coûts de la fourniture de prestations par cas alliés aux processus de travail comme des valeurs de pilotage. Partant d'une saisie correcte des données et des prestations médicales, la durée de séjour, les coûts imputables, le degré de complexité médical ou le «casemix», p. ex., jouent un rôle déterminant comme valeurs de mesure. Elles remplacent l'actuel examen du taux d'occupation ou des prestations individuelles.

Cependant une médicine judicieuse et surtout un pilotage du processus de patient ne sont pas déterminés uniquement par l'économie. **La future réorganisation de tous les acteurs participant au processus de traitement transformera l'assistance médicale correctement appliquée en gestion des traitements. Cela nécessite une approche basée sur le travail en équipe, horizontale et verticale, c.-à-d. un partage des tâches, avec des interfaces définies au sein de l'hôpital et vers des unités de soins en amont et en aval.** A cela s'ajoute une analyse complète de la situation stratégique de l'hôpital. Il s'agit donc de relever et de représenter les propres forces et faiblesses, le portefeuille de prestations ainsi que la valeur ajoutée de la fourniture de soins cliniques, de l'administration, etc. Ce sont dans l'ensemble d'importants défis dans un environnement qui manque encore de sûreté dans la planification. Il vaut également la peine de porter un regard vers l'extérieur, vers la concurrence ou vers les ressources humaines insuffisantes et l'évolution du nombre de patients. Le management doit impérativement pouvoir s'appuyer sur cette large base pour décrire les options stratégiques et en déduire des instructions pour agir. Avec ce retour aux compétences de base d'un hôpital, il faut faire face aux mécanismes du marché, aux conditions légales cadre et à la réglementation définie sur le plan politique. Même si les prestations proposées par les hôpitaux sont bien plus que des biens de consommation classiques, les institutions doivent faire leurs preuves dans la concurrence des prix et de la qualité, concurrence qui ouvre de nouvelles perspectives.

Dr Simon Hölzer